Tom X. Grudzień 1908. 12.

Czasopismo Lekarskie

OD WYDAWNICTWA.

Po dziesięcioletniej pracy zeszytem niniejszym kończymy wydawnictwo „Czasopisma Lekarskiego", a raczej je zawieszamy, łącząc się z „Przeglądem Lekarskim" w tej nadziei, że zmienione warunki życia publicznego pozwolą nam w przyszłości pismo wskrzesić.

Zamiar wydawania nowego pisma lekarskiego polskiego przed laty napotkał raczej niechęć, aniżeli zachętę ze strony lekarzy stołecznych, tworzących opinję w tej dziedzinie; chętnie natomiast i z wiarą w pożytek podjętego zadania przyjęli nas koledzy prowincjonalni. Już jednak pierwsze zeszyty „Czasopisma" przekonały ogół lekarski o żywotności naszych zadań, jednając nam nie tylko jego życzliwość, ale nawet poważne i czynne uznanie. Tego uznania nie zawiedliśmy, dowiódłszy szeregiem naszych roczników, że zajęliśmy placówkę wolną, że oraliśmy rolę dotąd ugorem leżącą.

Jakież myśli przyświecały założycielom „Czasopisma Lekarskiego"?

Pierwsze miejsce miała myśl, że pomoc lekarska i u nas stale się demokratyzuje, a wraz z uświadomieniem sobie tego faktu ujawniło się małe przygotowanie ogółu lekarskiego do nowej roli.

Przystosowanie lekarzy do nowych — w wielu względach — warunków pracy zawodowej, obmyślenie i udoskonalenie norm organizowanego sposobu pomocy lekarskiej, pogłębienie zadań lekarza, obsługującego już nie osobnika, ale pewne zbiorowiska — oto pierwsze zadanie.

Skupić pracujących w tej dziedzinie, wyrabiać jednolity kierunek pracy, systematyzować odpowiednie dążenia naukowe i społeczne — było głównym celem założenia „Czasopisma".

Powtóre „Czasop. Lek." chciało się stać organem lekarzy prowincjonalnych. Ale „Czas. Lek." nie było i nie chciało być organem wszystkich lekarzy prowincjonalnych; było ono zawsze pismem tych lekarzy, którzy w swej działalności wznosili się po nad poziom wyłącznie zarobkowy.

Chciało się ono stać i stało się łącznikiem jednoczącym lekarzy tej kategorji w ich aspiracjach naukowych, społecznych i bytowych, źródłem informacji dla wszystkich, kogo obchodzi życie

i działalność zarówno oddzielnych lekarzy prowincjonalnych, jak i towarzystw lekarskich, organizacji medycyny fabrycznej i wiejskiej, życie małych szpitali, rozwój stowarzyszeń będących w związku z medycyną lub hygieną i t. d.

Ujawniło „Czasopismo“ szereg zagadnień, spraw i czynów, które utonęły by w mroku, kiedy je zestawiano z przejawami bujnego życia stolic, a które dla danej okolicy kraju były czynnikiem kultury. Ujawniając te sprawy i czyny, przez to samo bardzo często pobudzano je do żywszego rozwoju.

„Czas. Lek.“ wzmocniło poczucie łączności zawodowej lekarzy prowincjonalnych, ułatwiło wymianę myśli, podniosło poczucie godności osobistej, poczucie wartości roli lekarza prowincjonalnego jako zawodowca i obywatela.

Pracowaliśmy z wiarą, że najbliższa przyszłość powoła lekarza-polaka do współdziałania w życiu państwowem, do wpływania na bieg stosunków międzyludzkich; pracowaliśmy z przeświadczeniem, że przygotowujemy lekarza prowincjonalnego do roli funkcjonarjusza społecznego w państwie samorządnem.

Niełatwa to była praca, bo lekarz, odsunięty od wpływu na bieg spraw życia zbiorowego, nieraz sarkał na kierunek naszego miesięcznika: żądał co więcej medycyny praktycznej, co więcej notatek terapeutycznych.

Wytrwaliśmy jednak przy naszem pierwotnem założeniu, drukując (obok prac z dziedziny medycyny praktycznej) prace z zakresu antropologii, szpitalnictwa, epidemiologii, demografii, hygieny społecznej; pisaliśmy o organizacji medycyny wiejskiej, o medycynie fabrycznej, o chorobach zawodowych, o żywieniu się mas, o sanatorjach i przytułkach, o rzeczoznawstwie, o pielęgniarstwie i t. p., i t. p. sprawach dalekich od farmacji i receptury.

Takie właśnie prace były celem zabiegów redaktora, z tych dziedzin wiadomości zamieszczaliśmy w naszej „Kronice“.

Z tej drogi zejść jednak stopniowo byliśmy zmuszeni — i dla tego postanowiliśmy z wydawnictwa zrezygnować.

Burza dziejowa, jaka szalała niedawno, dając przez krótką chwilę nadzieje ziszczenia naszych ideałów w zakresie medycyny — stała się dla nas wyrokiem zgonu.

Już w owej chwili — przełomowej pozornie — umysły odwróciły się od spraw, myślały o sprawie. Nie rozstrząsania, ale czyny uśmiechały się, więc całą energję zwrócono w stronę, która jaknajmniej czasopiśmiennictwu naukowmu sprzyjała.

A gdy burza przeszła, gdy nadzieje, jak błyskawice, zgasły — ręce opadły, by już tylko powoli i z wysiłkiem znów do pracy ogólnej powrócić.

Zabrakło nam współpracowników, zabrakło chętnych, którzyby umieli znów z wiarą w urzeczywistnienie wspólnych ideałów do pracy piśmienniczej powrócić.

Niemałą w tem rolę odegrywa jedna okoliczność: brak sił młodych. Od lat pięciu nieliczni tylko nam przybywają lekarze; brak

zaczynu śmiałych myśli i podnioślejszych lotów. Nasze właśnie pismo najbardziej to odczuło.

Odbił się ten fakt na żywotności „Czasopisma lek.“ nie tylko bezpośrednio, ale też pośrednio. Było ono organem towarzystw lekarskich prowincjonalnych Królestwa Polskiego; prawie we wszystkich towarzystwach zapanował zastój — też chyba z powodu braku dopływu sił młodych.

Prace czytane w tych towarzystwach stale i poważnie zasilały łamy naszego pisma. Ich ubytek był znów jedną z przyczyn, utrudniających prowadzenie pisma w latach ostatnich.

Nawet w swem najbliższem otoczeniu wyschły nam trzy źródła prac naukowych, zawsze dotąd dla nas otwarte. Kol. Serkowski przeniósł swoją pracownię naukową do Warszawy; szpital Anny-Marji kieruje cały swój dorobek do nowego organu specjalnego, a z wyjazdem kol. J. Mazurkiewicza zmalała produkcja naukowa Kochanówki.

Próbowaliśmy ożywić kolegów, natchnąć ich wiarą w konieczność pracy. („Od Redakcji“ w zeszycie styczniowym rocznika ósmego). Ogólny nastrój nie sprzyjał naszym usiłowaniom.

Widząc nieskuteczność naszych usiłowań w chwili obecnej, widząc chylenie się naszego pisma do upadku z przyczyn ogólnodziejowych, zrezygnował nasz redaktor ze swych dotychczasowych obowiązków; a że chętnego do objęcia tych obowiązków nie znaleźliśmy ani pośród nas, ani pośród wypróbowanych przyjaciół pisma w innych miastach zamieszkałych, zdecydowalismy się na —czasowe przynajmniej — zamknięcie pisma.

Łączymy się z „Przeglądem lekarskim“. To pismo wybraliśmy głównie, chociaż nie jedynie, z tego powodu, że dział medycyny publicznej i hygieny społecznej jest w niem bardzo szeroko — w latach ostatnich — uwzględniany.

Nasze grono redakcyjne stanowić będzie nadal Podkomisję redakcji „Przeglądu“, dbającą o to, by nie zamarł ten dorobek idejowy, dla którego przez lat szereg pracowaliśmy!

Naszych czytelników łaskawych niniejszem usilnie prosimy o popieranie nowego organu towarzystw lekarskich prowincjonalnych Królestwa Polskiego, jakiem odtąd będzie tygodnik pod nazwą: „Przegląd Lekarski oraz Czasopismo Lekarskie“.

Wszystkim przyjaciołom naszego pisma, współpracownikom, korespondentom — raz jeszcze dziękujemy za ich pomoc.

Większości znakomitej niezna redaktor osobiście, a jednak czuje się z nimi związany jakąś serdeczną nicią sympatji, wytworzonej przez wspólne dążenie do podniosłego celu.

Wreszcie parę dat faktycznych z przeszłości naszego pisma.

Inicjatorami pisma byli kol.: Józef Koliński i Seweryn Sterling.

Redaktorem był przez lat dziesięć kol: Seweryn Sterling.

Wydawcami kol: Józef Koliński (dwukrotnie), Czesław Stankiewicz, Stanisław Serkowski, Józef Michalski i Henryk Trenkner.

Do Komitetu redakcyjnego (i wydawniczego) należeli koledzy: Jakób Birencweig (przez lat 2); Józef Brudziński, Naczelny lekarz szpitala Anny-Marji dla dzieci, (przez lat 5); Zofja Garlicka (przez rok jeden); Antoni Goldman, Ordynator szpitala żydowskiego, (przez lat 5); Juljan Grabowski, Naczelny lekarz szpitala św. Aleksandra, (przez lat 3); Bronisław Handelsman, Ordynator szpitala św. Aleksandra, (przez lat 10); Ignacy Dąbrowski, Ordynator szpitala Szajblerowskiego, (przez rok jeden); ś. p. Ludwik Fankanowski (przez lat 8); Ksawery Jasiński (przez lat 10); ś. p. Karol Jonscher (przez lat 8); Henryk Kohn, Ordynator szpitala fabrycznego, (przez lat 7); Józef Koliński (przez lat 10); Alfred Krusche, Naczelny lekarz szpitala ewangielickiego, (przez lat 10); Józef Maybaum, Ordynator szpitala żydowskiego, (przez lat 10); Józef Michalski (przez lat 7); Ignacy Perlis, Ordynator szpitala żydowskiego, (przez lat 7); Antoni Rząd (przez lat 7); Stanisław Serkowski, Zarządzający Laboratorjum miejskiem, (przez lat 7); Stanisław Skalski, Ordynator szpitala widzewskiego, (przez lat 3); Edmund Sonenberg (przez lat 7); Czesław Stankiewicz (przez lat 5); Ada Trenknerowa, Lekarz szpitala Anny-Marji dla dzieci, (przez rok jeden); Henryk Trenkner, Ordynator szpitala dla zakaźnych, (przez lat 3); Aleksander Tumpowski (przez rok jeden).

Spis prac oryginalnych zawartych w dziesięciu tomach (lata 1899—1908) „Czasopisma Lekarskiego".

I. Medycyna praktyczna.

Arnstein F. (Kutno). Przypadek drgawek w początku 9-go miesiąca ciąży. I.
„ Ciechocinek pod względem hygieniczno-sanitarnym. II.
„ Przyczynek do etjologji wad zastawkowych serca. III.
„ O użyciu środków czyszczących przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. III.
„ Wrzekome zapalenie opon mózgowych w przebiegu zapalenia płuc. V.
„ Z powodu pracy kol. Rząda o leczeniu kulszówki. V.
„ Zniżanie ciepłoty ciała za pomocą obfitego chłodnego napoju. V.
„ O kąpielach gazowych przy chorobach serca i naczyń. V.
„ Uwagi o pracy kol. Troczewskiego „Przyczynek do działania surowicy". VI.
„ O środkach nasennych przy chorobach zakaźnych ostrych. VI.
„ Czy uraz może wywołać przewlekłe zapalenie nerek. VII.

II. Medycyna publiczna. Hygiena. Szpitalnictwo. Sprawy zawodowe.

Biegański W. (Częstochowa). Obrady w sprawie pomocy lekarskiej fabrycznej w Częstochowskiem Towarzystwie lekarskiem. V.
„ Przykurczenie ostatnich palców spotykane u ludu naszego. VI.
„ Gruźlica u żydów. VI.
„ List otwarty do kolegów. VII.
„ Organizacja ziemskiej pomocy lekarskiej. VIII.
„ Co i jak lekarz czytać powinien. X.
Borowski A. (Łódź). Improwizowanie przyrządów do przewożenia chorych na wsi. IV.
Brudziński J. (Łódź). Słów kilka o postępach szpitalnictwa dziecięcego. VII.
„ Szpital Anny-Marji dla dzieci w Łodzi. VIII.
„ Pierwsze sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Marji dla dzieci. IX.
„ Drugie sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Marji dla dzieci w Łodzi. X.
Brzeziński J. (Zawiercie). Notatka z hygieny przemysłu fabrycznego. I.
„ Sprawozdanie ze szpitala Tow. Akc. „Zawiercie“ za rok 1908. I
„ O postępowaniu lekarskiem przy uszkodzeniach fabrycznych. IV
„ W sprawie t. zw. „monopolu lekarskiego“ V.
„ O ambulatorjach fabrycznych. V.
„ O strajkach lekarzy. VII.
Brzozowski W. (Kłobuck). Kilka uwag krytycznych o praktyce lekarskiej wśród ludu wiejskiego. V.
Chodźko W. (Kochanówka). Piąte (za rok 1907) sprawozdanie roczne z czynności szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“. X.
Cohn M., Goldman A., Perlis I., Pinkus L. (Łódź). Cierpienia urazowe w I-em półroczu r. 1905 w szpitalu fund. Poznańskich w Łodzi. VII.
Czarniecki N. (Swisłocz). W sprawie memorjału Komisji Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego. VI.
Czarnocki M. (Filipowicze, gub. Mińska). Jeszcze o medycynie wiejskiej. IX.
Dobrzycki H. (Warszawa). Obecnie używane spluwaczki kieszonkowe dla kaszlących i ich znaczenie pod względem profilaktycznym. III.
Doliński G. (Lublin). Służba zdrowia gminna. I.
Drecki F. Dane o szczepieniu ospy w powiecie kaliskim w r. 1889. II.
Dworzańczyk S., Handelsman B. i Krusche A. (Łódź). Sprawozdanie ze szpitala św. Aleksandra w Łodzi za r. 1898 I.
Dunin T. (Warszawa). Parę uwag w sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego. IV.
Eichler W. (Międzyrzec). Parę słów w kwestji urządzenia stałej pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej. V.
„ O brakach ambulatorjów fabrycznych i sposobach zaradzenia takowym. X.

Korybut-Daszkiewicz B. (Warszawa). Do jakich praktycznych wniosków upoważniają nowe odkrycie na polu biologii mleka. VI.
Kozieradzki K. (Miechów). Przyczynek do charakterystyki fizycznej ludności męzkiej powiatu miechowskiego. VIII.
Kronland M. (Izbice). W obronie materjalizmu. VIII.
Lewkowicz S. (Łódź). Warunki hygieniczne w szkołach elementarnych miejskich oraz w szkołach prywatnych Łodzi. I.
Lidmanowski K. (Zagórowo). W kwestji felczerów. II.
„ Łaźnia w Zagórowie. VI.
„ W kwestji pomocy lekarskiej dla ludu. VIII.
Likiernik M. (Łódź). O częstości jaglicy wśród robotników fabrycznych m. Łodzi i środkach walki z nią. VI.
Lipiński S. (Szadek). Szpitalik ludowy w Szadku. VI.
Łazarowicz K. (Warszawa). Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich. I.
Marczewski J. (Częstochowa). Sprawozdanie z działalności czterech ruchomych oddziałów okulistycznych. V.
Markiewicz S. (Warszawa). Uwagi dotyczące organizacji ochrony zdrowia i pomocy lekarskiej w różnych grupach zawodowych. VIII.
Mazurkiewicz J. (Kochanówka). Zjawiska życiowe i psychiczne wobec jedności przyrody. VII.
„ O prawach myślenia w obłędzie i w zdrowiu. IX.
Mazurkiewicz J. i Sochacki W. (Kochanówka). Pierwszy rok zakładu dla umysłowo chorych w Kochanówce. VI.
„ Drugi rok zakładu dla obłąkanych w Kochanówce. VIII.
„ Łuniewski W. i Borowiecki S. (Kochanówka). Trzeci rok zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce. VIII.
„ i Morawski J. (Kochanówka). Czwarty rok zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce. IX.
Memorjał Komisji przemysłowej lekarskiej Tow. Lek. Lubelskiego w sprawie wyzwolenia naszego przemyłu i handlu lekarskiego. VI.
Memorjał Komisji Tow. Lek. Częstochowskiego w sprawie kas emerytalnych dla lekarzy. VI.
Mogilnicki T. (Łódź). O własnościach odkażających formaliny. IV.
Nowak St. (Częstochowa). Zasady walki ze śmiertelnością niemowląt. VIII.
„ Przyczyny śmierci płodów w czasie porodów z uwzględnieniem danych statystycznych Częstochowskiego przytułku położniczego. X.
Olszewski H. (Łódź). Sprawozdanie ze szpitala Akc- Tow. Scheiblera w Łodzi za rok 1898. I.
Paderewski Z. (Sosnowice). Wakacje studentów medycyny. V.
„ Lekarz w obec nowego prawa fabrycznego. VI.
Peltyn B. (Zawiercie). O zjazdach lekarzy fabrycznych. I.
Pełczyński J. (Radom). W sprawie walki z ospą. V.
„ i Fidler H. (Radom). O cholerze. VIII.
Pinkus L. (Łódź). O sposobach badania plwociny w pierwszych okresach gruźlicy płuc. IV.

Sulikowski F. (Sieradz). Stan zdrowia robotników kolejowych przy budowie mostu żelaznego na Warcie. II.
Szczepaniak A. (Radom). Sprawozdanie z miesięcznej działalności ruchomego oddziału okulistycznego w m. Opatowie, gubernii radomskiej. VI.
Talko J. (Lublin). W sprawie wędrownych oddziałów okulistycznych. I.
Tchórznicki J. (Warszawa). W kwestji pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych. I.
Tołwiński W. (Lublin). Zarys historji cholery z r. 1892 w pow. lubartowskim gub. lubelskiej. VII.
Tokarski Z. (Żyrardów). Sprawozdanie ze szpitala fabrycznego w Żyrardowie za r. 1898.
Troczewski A. (Kutno). Szpital św. Walentego w Kutnie oraz słów kilka w sprawie znaczenia, potrzeby i stanu obecnego szpitali na prowincji. I.
„ W sprawie lekarzy prowincjonalnych słów kilka. II.
Tugendhold T. (Łódź). Taksa aptekarska z roku 1904-go.
Tumpowski A. (Łódź). Służba niższa w szpitalach dla obłąkanych. I.
„ O wynikach badania bakterjologicznego mięsa ze sklepów i jatek łódzkich. V.
„ O nawykowem umiarkowanem spożywaniu napojów wyskokowych. V.
Warman M. (Radom). Lekarz jako biegły wobec zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy zawodowej. II.
Wilamowski J. (Petersburg). Kilka słów o lazaretach Czerwonego Krzyża w czasie ostatniej wojny. VIII.
Witkowski Z. (Krzepice). Stan lecznictwa wśród ludu z okolic Krzepic. V.
Wojnicz S. (Łuck). Sprawozdanie ze szpitala dla starozakonnych w Łucku za r. 1898. I.
Wychowski F. (Soczewka). W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego. V.
Ustawa „Ligi przeciwgruźliczej“ w Łodzi. X.
Zalewski A. (Płock). Projekt pomocy lekarskiej gminnej na tle obecnej organizacji płockiej. IV.
Zienkiewicz M. (Ciechanów). O działalności pomocy lekarskiej wiejskiej w gub. Płockiej. Działalność lekarska w obwodzie Ciechanowskiem. IV.
Żenczykowski W. (Płock). Uwagi z powodu projektu ministerjum przemysłu i handlu w sprawie obowiązkowego ubezpieczania od choroby. IX.
Żołędziowski M. (Dąbrowa-Górnicza). Szpitalnictwo w Zagłębiu Dąbrowskiem. V.

III. Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne Królestwa Polskiego. Zjazdy. Wystawy.

Berenstein M (Łódź). Zjazd balneologów. I.
Towarzystwo lekarskie częstochowskie IV, V, VI, VII, VIII, XI, X.

Towarzystwo lekarskie kaliskie I, II, III, IV, V, VI, IX.
Towarzystwo lekarskie kieleckie VII.
Towarzystwo lekarskie lubelskie I, VII.
Towarzystwo lekarskie łódzkie I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X.
Towarzystwo lekarskie mińskie II, III, IV, V.
Towarzystwo lekarskie płockie IV, V, VI, VII, VIII, IX.
Towarzystwo lekarskie radomskie V, VI, VII, VIII, IX, X.
Towarzystwo lekarskie siedleckie. X.
Zebrania lekarskie w Kutnie i Łęczycy. I, II, III.
IX Zjazd chirurgów polskich I.
IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie II, III.
X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie IX.
Zjazd hygienistów w Lublinie. X.
Sterling S. Wystawa przedmiotów używanych przy pielęgnowaniu chorych I.
„ Kongres w celu walki z gruźlicą jako chorobą ludową I
„ Brytański kongres gruźliczy w celu zapobiegania suchotom III
Tołwiński W. Dział lekarski na wystawie rolniczo-przemysłowej. w Lublinie III.
Trenkner H. Wystawa i Zjazd w Ciechocinku. X.

Wydawnictwa:

S. Sterling. Sposoby przepisywania leków in praxi pauperum. 1900.
M. Mendelsohn. Pielęgnowanie chorych (Hypurgja). Przekład pod redakcją D-ra Karola Jonschera. 105 rysunków w tekście. 1900.

Piąte (za rok 1907) sprawozdanie roczne z czynności szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“

opracował **W. Chodźko** lekarz naczelny szpitaja.

Sprawozdanie niniejsze jest pierwszem po ustąpieniu ze stanowiska lekarza naczelnego szpitala „Kochanówka“, jego pierwszego kierownika i organizatora, Kol. Jana Mazurkiewicza, równie wybitnego specjalisty-psychiatry, jak wielkiego serca i szerokiego umysłu człowieka. Pięcioletnia działalność kol. Mazurkiewicza pozostawiła w szpitalu naszym ślady niezatarte dlatego przedewszystkiem, że we wszelkie sprawy, z losami szpitala związane, wkładał on całą swoją duszę, a świetne cztery sprawozdania roczne, które ogłosił drukiem w „Czasopiśmie lekarskiem“, na każdej swej stronicy świadczą, że ciągłą i najgłówniejszą troską kol. Mazurkiewicza było zapewnienie jaknajlepszych warunków bytu chorym, Jego pieczy powierzonym, obok ustawicznych starań o uzyskanie dogodnych warunków pracy dla personelu pielęgniarskiego naszego szpitala. Pomimo licznych trudności, tak wewnętrznych, pochodzących z braków urządzenia szpitalnego, że wymienię tu tylko: brak wody, brak kanalizacyi, brak warsztatów dla chorych, brak wyszkolonego personelu pielęgniarskiego i dozorczego, trudności

komunikacji z Łodzią etc. etc., jak i zewnętrznych, z natury stosunków szpitala prywatnego wynikających, potrafił jednak kol. Mazurkiewicz swem czujnem poświęceniem wszystkie te braki pokryć i osiągnąć stopniowo najwyższy w warunkach danych stopień metody „no restraint'u„ w traktowaniu chorych, a przez to zyskać dla kierowanego przez się szpitala bardzo pochlebną opinję u wszystkich psychiatrów polskich i w sferach szerokiej publiczności, która też zaczęła darzyć Kochanówkę zupełnem swojem zaufaniem. Można powiedzieć, że niema takiego zakątka ziemi polskich, któryby nie posyłał swoich chorych do Kochanówki. To uznanie, ta wiara w zdolności lecznicze Kochanówki, stanowi niewątpliwie najwyższą nagrodę dla kol. Mazurkiewicza i powinna osłodzić mu wspomnienie tych przykrości, których Mu z rozmaitych stron nie szczędzono w czasie Jego pobytu w Kochanówce. Obecnie, zamianowany dyrektorem krajowego szpitala dla obłąkanych na Galicję Zachodnią, który będzie wybudowany w Kobierzynie pod Krakowem, na szerszej arenie działania wykaże niewątpliwie w całym blasku zasoby Swej głębokiej wiedzy, światłego umysłu i zacnego serca. Na tem nowem stanowisku niech Mu towarzyszą najlepsze nasze życzenia!

W uznaniu pracy i zasług kol. Mazurkiewicza Komitet Szpitalny uchwalił ufundować łóżko Jego Imienia i zawiesić Jego portret w kancelarji szpitala.

W roku ubiegłym Kochanówka utraciła największego swego przyjaciela i najlepszego opiekuna, swego właściwego inicjatora i twórcę oraz pierwszego prezesa Komitetu Szpitalnego, ś. p. d-ra Karola Jonschera, zgasłego nieoczekiwanie 15 maja 1907 r. Zasługi społeczne tego wybitnego lekarza i prawdziwego obywatela kraju zbyt powszechnie są znane, aby na tem miejscu należało je szczegółowo wymieniać. W nad wyraz ubogiem szpitalnictwie łódzkiem pozostawił ś. p. d-r Jonscher po sobie wiecznotrwałą pamięć przez zainicjowanie i stworzenie Kochanówki oraz wzorowego pod każdym względem szpitala dla dzieci im. Anny Marji w Łodzi. Imię d-ra Jonschera łączyło się nierozerwalnie z każdą ważniejszą sprawą szpitalną w Kochanówce: On zainicjował i powołał do życia tą instytucję, zdobywał dla niej fundusze w pierwszych, najtrudniejszych chwilach jej istnienia, za Jego staraniem powstał pawilon fundacji rodziny Geyerów, On też popierał całym swym ogromnym wpływem wszelką dobrą i pożyteczną inicjatywę naczelnego lekarza. To też przedwczesna i nieoczekiwana śmierć tego Męża pozbawiła nasz szpital szczerego i prawdziwego opiekuna, który wszystkie jego potrzeby doskonale rozumiał i dla potrzeb tych zrozumienia i zaspokojenia w szerokich sferach społeczeństwa łódzkiego owocnie działać potrafił.

Zgon ś. p. d-ra Karola Jonschera bolesnem echem odbił się oczywiście przedewszystkiem w gronie Komitetu Szpitalnego Kochanówki, zaraz też na wieść żałobną powstała w tym gronie myśl trwałego uczczenia pamięci zmarłego twórcy Kochanówki. Za najodpowiedniejszy i najtrwalszy pomnik uznano wybudowanie czwar-

tego pawilonu dla chorych, gdyż przepełnienie szpitala, mieszczącego na 120 miejscach bez mała 200 chorych, doszło już do zenitu i o zapewnieniu im najpierwotniejszych wygód nie mogło już być mowy. Połączenie Imienia zmarłego ze sprawą polepszenia bytu chorych naszych było rzeczywiście myślą bardzo szczęśliwą i znalazło szeroki oddźwięk w sercach łodzian, zaraz też po otwarciu subskrypcji na ufundowanie „pawilonu Imienia ś. p. d-ra Karola Jonschera" posypały się liczne ofiary, tak, że w ciągu 2 tygodni zaledwie zebrano około 14 tysięcy rubli, co pozwoliło pomyśleć o rozpoczęciu budowy.

Tak szybkie zebranie stosunkowo znacznej sumy w dotkniętej ciężkim kryzysem politycznym i ekonomicznym Łodzi świadczy niewątpliwie o uznaniu i miłości, które potrafił sobie zaskarbić zgasły lekarz wśród obywateli miasta, z drugiej zaś strony—o zrozumieniu przez tychże obywateli obowiązku niesienia pomocy najnieszczęśliwszym z nieszczęśliwych—chorym umysłowym, których potrzeby tak małe jeszcze znalazły zaspokojenie w kraju naszym *).

Doskonały ten rezultat materjalny, świadczy również pochlebnie o energji i zabiegliwości Komitetu Szpitalnego Kochanówki. Można też żywić nadzieję, że bliski już podobno samorząd miejski, powołując do udziału w zarządzie miastem szerokie sfery społeczne, trafi w Łodzi na grunt przygotowany dostatecznie do zapewnienia Kochanówce dalszego pomyślnego rozwoju w kierunku przetworzenia jej na szpital, odpowiadający wszelkim wymaganiom współczesnej wiedzy psychiatrycznej.

Już w drugiej połowie września 1907 roku założono fundamenty pod budowę pawilonu na 40 chorych, a w końcu listopada tegoż roku stał on już pod dachem. Rozpoczęcie budowy pawilonu imienia d-ra Karola Jonschera stanowi niewątpliwie najpoważniejszy fakt w historji Kochanówki z ubiegłego roku. Obok tego zaszedł fakt inny, nie mniej ważny, a mianowicie ukończenie wiercenia studni, a więc ostateczne rozwiązanie palącej sprawy wody i zakończenie bezwodnego okresu istnienia Kochanówki. Jak wiadamo z poprzednich sprawozdań szpitalnych, brak dobrej wody był dla Kochanówki prawdziwą klęską; dziś dopiero możemy ocenić to w całej pełni w tych wypadkach, kiedy wskutek zepsucia się pompy albo motoru, musimy chwilowo zadawalniać się wodą gruntową, ze starej studni ręcznie pompowaną. Woda, którą Kochanówka obecnie posiada, pochodzi z wiercenia na głębokości 560 stóp, dokonanego staraniem i kosztem członka Komitetu Szpitalnego, p. Edmunda Stephanusa, a ukończonego ostatecznie w maju 1907 roku. Zestawienie porównawcze wyników analiz wody dawnej gruntowej i obecnej skalnej podaję poniżej, mówiąc o warunkach

*) D-r W. Męczkowski w cennej swej pracy p. t. „Stan i potrzeby szpitali Królestwa Polskiego" (Warszawa r. 1905) mówi: „...w szpitalach dla chorych umysłowych Królestwo posiada niewiele więcej, niż 1000 miejsc. Jakże smutno przedstawia się ta cyfra wobec potrzeb Królestwa, które obliczać należy na 4000 miejsc szpitalnych dla chorych, wymagających leczenia oraz tyleż dla chorych nieuleczalnych".

hygienicznych szpitala. Od chwili pozyskania dobrej i w dużej ilości dostarczanej wody, jesteśmy dopiero w możności stosowania w szerokim zakresie kąpieli leczniczych, a w najbliższej przyszłości będziemy mogli wprowadzić nawet „wanny stałe“ („Dauerbäder“), które zaprowadzono już oddawna w b. wielu klinikach i szpitalach psychiatrycznych niemieckich, z bardzo pomyślnemi dla leczenia chorych skutkami.

Trzecim ważnym wypadkiem w dziejach Kochanowieckich z ubiegłego roku było poczynienie przygotowań do skanalizowania szpitala i ujęcia wszystkich wód ściekowych, które, płynąc otwartym kanałem, niemiłosiernie zarażały powietrze: w tym celu zawarto umowę z firmą „Schoeneich i Pałaszewski“, która też w końcu roku dostarczyła do Kochanówki odpowiednią ilość rur kanalizacyjnych.

W roku ubiegłym dokonano gruntownego remontu pawilonów szpitalnych, niektórych will, kuchni i budynku motorowego. Wobec zużycia się akumulatorów, oświetlających szpital, urządzoną została nowa baterja i znacznie powiększoną jej wydajność. Obok tego zakrzątnięto się około skompletowania gardoroby szpitalnej, której stan, zgodnie ze sprawozdaniem kol. Mazurkiewicza za rok 1906, był rzeczywiście nader opłakany. Doszło już do tego, że nie wszyscy chorzy mieli całkowite kołdry do nakrycia się, nie mowiąc już o prześcieradłach i poduszkach. Przychylając się do przełożenia naczelnego lekarza, Komitet Szpitalny wyasygnował doraźnie rubli 1000 na załatwienie najbardziej naglących potrzeb garderoby szpitalnej, którą też pod koniec roku zaczęto uzupełniać.

Wreszcie poczynione zostały przygotowania do wprowadzenia normalnej relewy szpitalnej i do ulepszenia żywienia chorych i personelu służbowego.

W składzie osobistym personelu lekarskiego zaszły poważne zmiany: oprócz kol. Mazurkiewicza, który w sierpniu 1907 roku wyjechał do Krakowa, opuścił Kochanówkę długoletni starszy ordynator kol. Sochacki, przenosząc się na stanowisko ordynatora do lecznicy okręgowej psychiatrycznej w Winnicy na Podolu; poprzednio już wyjechali z Kochanówki kol. Borowiecki, który otrzymał stanowisko ordynatora w zakładzie psychiatrycznym Rheinau pod Zurychem, i kol. Łuniewski, który przeniósł się na takie same stanowisko do Sanatorjum przeciwgruźliczego w Davos. Na stanowiska, opróżnione przez tych kolegów, przybyli: kol. Stefan Kopciński, poprzednio lekarz zakładu dla umysłowo-chorych w Drewnicy pod Warszawą, ostatnio ordynator lecznicy psychiatrycznej ziemskiej w Gedeonówce pod Smoleńskiem, kol. Tadeusz Gepner i kol. Olgierd Sokołowski. Oprócz tego pracowała zastępczo w szpitalu w ciągu listopada i grudnia 1907 r. kol. Bronisława Neufeldówna.

Pewna dezorganizacja, która wkradła się w szeregi służby pielęgniarskiej naszego szpitala wskutek fal strejkowych 1906 roku, nie dała się, niestety, usunąć w zupełności i w r. 1907 i dawała

się wyraźnie uczuć jeszcze w drugiej połowie roku sprawozdawczego, na czem, naturalnie, najwięcej ucierpieli chorzy nasi. Z zadowoleniem jednak stwierdzić można, że pod koniec roku dało się zauważyć znaczne uspokojenie umysłów i rozsądne traktowanie ze strony ogółu służby wybryków niektórych jednostek, występujących z żądaniami, niczem nieuzasadnionemi.

W dziale służby administracyjnej szpitala ujawniła się konieczność gruntownej rewizji stosunku intendenta do lekarza naczelnego w duchu wymagań szpitalnictwa współczesnego, przyczem Komitet szpitalny w zupełności podzielił lekarski punkt widzenia na tą ważną dla Kochanówki sprawę, jak również—nieodzowność dokonania licznych zmian osobistych wśród wyższego personelu administracyjnego i dozorczego.

Stan finansowy szpitala naszego w r. 1907, pomimo trwającego kryzysu przemysłowego w Łodzi, był naogół dość pomyślny, choć z rubryki wpływów trzeba było wykreślić około 9000 rubli zaległych z lat poprzednich opłat za leczenie, których odzyskanie dla szpitala okazało się niemożliwem i choć w rubryce „ofiar" sprawozdanie rachunkowe wykazuje zaledwie 1844 rub. 26 kop. (ofiary na budowę pawilonu imienia d ra K. Jonschera stanowią rubrykę osobną). Budżet spitala zamknął się w dochodach sumą rb. 72500 kop. 96, w rozchodach rb. 70990, uniknięto więc niedoborn a nawet osiągnięto remanentu rb. 1510 kop. 96. Tym sposobem Kochanówka jest rzadkim, może jedynym w swoim rodzaju szpitalem o charakterze publicznym, który nie miewa obecnie deficytu, a nawet dopłaca corocznie ze swoich funduszów Łódzkiemu Chrześciańskiemu Towarzystwu Dobroczynności, gdyż otrzymuje za chorych, umieszczonych przez to Towarzystwo, po 10 rubli miesięcznie, podczas gdy utrzymanie każdego chorego tej kategorji kosztuje szpital 25—30 rubli miesięcznie. Robienie tych remanentów nie można uważać za zjawisko normalne i pożądane, dowodzi to bowiem, że albo opłata za chorych jest zbyt wysoką, albo też że dokonywa się oszczędności kosztem braków urządzeń szpitalnych, dla Kochanówki jednak, pozbawionej zasiłku finansowego stałego i nie mającej a n i g r o s z a kapitału żelaznego stanowi ono smutną konieczność. Słuszność zaznaczyć każe, że w roku 1907 miasto Łódź po raz pierwszy udzieliło Kachanówce subwencji w kwocie rb. 7500, co naturalnie na dobro Magistratu miasta zapisać należy. Jest to zbyt mały zasiłek w stosunku do ogromu potrzeb naszego szpitala, ale spodziewać się można, że jest to pierwszy krok ze strony Zarządu Miejskiego w kierunku dopomożenia szpitalowi, za którym pójdą inne. Pamiętać trzeba, że Kochanówka z trudnością pokrywa zaledwie bieżące swe potrzeby z bieżących swych dochodów, ale oczywiście nie może z tych dochodów ani ulepszać i udoskonalać swych wewnętrznych urządzeń, ani też rozszerzać się na zewnątrz stosownie do potrzeb szybko rosnącej Łodzi, Dbała więc o zaspokojenie wszystkich potrzeb swych obywateli Magistratura Miejska musi podać Komitetowi Szpitalnemu dłoń pomocną w jego dążeniu do rozwoju i rozszerzania Kochanówki.

Cyfry, dotyczące ruchu chorych w szpitalu naszym w ciągu 1907 roku podane szczegółowo poniżej, świadczą przedewszystkiem o stałym przyroście liczby chorych. Podczas, gdy na 1 stycznia 1907 r. pozostało w szpitalu 191 chorych, na dniu 1 stycznia 1908 r. mieliśmy już 210 chorych. Cała ta ilość chorych musiała się pomieścić na przestrzeni,. przeznaczonej dla 120 chorych, to też warunki hygieniczne szpitala w r. 1907 stały się wprost niemożliwemi do zniesienia, a atmosfera na salach sypialnych w porze nocnej dawała raczej wyobrażenie jakiegoś przytułku noclegowego, w najgorszych warunkach hygienicznych pozostającego, niż nowoczesnego szpitala. Zapewne też w związku z temi nieznośnemi warunkami hygienicznemi, które pogarszało jeszcze wadliwe urządzenie wentylacji, pozostaje fakt znacznego powiększenia się śmiertelności wśród chorych naszych, odsetek śmiertelności wynosi bowiem 10,97% wobec 6,5% w roku 1906 i 6,66% w roku 1905. Wprawdzie odsetek śmiertelności w roku 1904 wyniósł 12,84%, a w 1903—10,90%, wobec czego niskie cyfry 1905 i 1906 roku należałoby raczej uważać za zupełnie przypadkowe, na co się zgadza również kol. Mazurkiewicz w swoich sprawozdaniach, jednakże niewątpliwie cyfra 10,97% śmiertelności jest stanowczo zbyt wysoką, a obniżenie jej trwałe nie da się osiągnąć bez gruntownej poprawy warunków hygienicznych tak samego szpitala jak i terenu szpitalnego. Zaznaczyć należy, że wśród 37 chorych, którzy zmarli w roku ubiegłym, liczymy 17 przypadków porażenia postępującego.

Na jesieni 1907 roku mieliśmy w Kochanówce kilkanaście przypadków gorączek, nagle wybuchających z niewielkim na razie podniesieniem ciepłoty i mniej albo silniej zaznaczonemi komplikacjami ze strony oskrzeli; trwały one zwykle krótko, 3—6 dni, i kończyły się pomyślnie, naogół przypominały najbardziej influenzę, jakkolwiek przebieg ciepłoty był zupełnie nietypowy. W początkach grudnia tegoż roku pojawiła się w szpitalu uporczywa epidemja biegunki, której wypadki jednocześnie ukazały się i wśród sąsiadów naszych, kolonistów. Epidemja ta, o przebiegu czasami dość gwałtownym (sinica, wymioty), ale z zejściem bez wyjątku pomyślnem, przetrwała do połowy stycznia 1908 r. Zapadło na nią około 30 chorych i parę osób ze służby. Pochodzenie tej biegunki zupełnie jest ciemne.

Obie te epidemje sprawiły nam bardzo wiele kłopotu, nie mogliśmy bowiem zapobiedz ich szerzeniu się, nie mając baraku izolacyjnego dla chorób zakaźnych; nie mamy też możności izolowania pacjentów naszych, dotkniętych gruźlicą, którzy pozostając na salach, stanowią stałe źródło zarazy dla swoich sąsiadów. W roku ubiegłym wśród przyczyn śmierci mamy do zanotowania 3 przypadki gruźlicy płuc. Oprócz tego musimy wymienić 7 przypadków świerzby i 4 przypadki róży, z których jeden, u paralityka, zakończył się śmiercią.

Pomieszczenia po chorych zakaźnych poddawaliśmy w każdym przypadku dezynfekcyi formalinowej.

Żadnych większych katastrof szpitalnych, pomimo pewnej

dezorganizacji służby pielęgniarskiej, nie mamy do zanotowania. Musimy zaznaczyć dość znaczną ilość ucieczek wyłącznie na oddziale męskim szpitala, ucieczki te wszakże, dzięki staraniom służby, kończyły się zawsze odnalezieniem chorego i ani w jednym wypadku nie pociągnęły za sobą żadnych złych następstw ani dla chorych naszych, ani też ich rodzin.

Urządzona w marcu 1906 roku przez kol. Mazurkiewicza i opisana w Jego ostatniem sprawozdaniu szpitalnem Kochanowiecka „samoopieka" chorych, funkcjonowała zupełnie zadawalniająco i w roku 1907, jednakże dalszy rozwój tej metody traktowania chorych napotkał na liczne trudności wobec specjalnych warunków otoczenia, w jakich znajduje się Kochanówka. Jest ona mianowicie okrążona wieńcem kolonji, zwykle dość znacznie od siebie oddalonych, których posiadacze bardzo dobrze stoją materjalnie, nie są też dlatego skłonni do obarczania się opieką nad umysłowo chorymi. Z drugiej strony wśród Komitetu Szpitalnego sprawa ta nie cieszy się takiem poparciem i sympatją, na jakie w rzeczywistości „opieka rodzinna" zasługuje. Mam nadzieję, że w przyszłości nastrój ten zmieni się na przychylniejszy dla „opieki rodzinnej", która obecnie wszędzie stanowi niezbędne ogniwo w łańcuchu pomocy psychiatrycznej, udzielanej ludności. W ciągu roku sprawozdawczego w samoopiece Kochanowieckiej przebywali: 1 alkoholik z objawami niedowładu połowiczego i hemiatetozą, 1 epileptyk, 2 paralityków, 1 chory z guzem mózgowia, 1 tabetyk, 1 głuptak, 2 chorych z otępieniem wczesnem, 2 zdrowiejących. Jednorazowo w „samoopiece" znajdowało się po 6 chorych. Chorzy zajmują się sami zaściełaniem łóżek i sami rozdzielają pomiędzy sobą potrawy, dostarczane przez gospodynię-kolonistkę, żyją ze sobą naogół zgodnie, skargi są rzadkie — całe dnie spędzają na powietrzu, spacerując, albo leżąc na trawie około swojego domku — niektórzy z nich pomagają niekiedy kolonistce przy pasaniu trzody, albo przy sezonowych robotach polnych, naogół jednak pracują niechętnie w polu, dlatego, że rekrutując się z pośród robotników fabrycznych, na robotach tych się nie znają i uważają je nawet za ujmę dla swej godności.

Wobec trudności, związanych ze sprawą „opieki rodzinnej" na wsi naszej, i wobec specjalnego składu chorych Kochanowieckich, pochodzących przeważnie ze sfer ludu pracującego miejskiego i niechętnie imających się rydla i motyki, może bardziej celowem byłoby urządzanie takiej opieki rodzinnej po miastach—w Łodzi, Zgierzu, Pabjanicach, albo bliskim Aleksandrowie; tego rodzaju miejska opieka rodzinna istnieje już np. w Moskwie i Petersburgu, a jak zapewniano mnie w lecznicy psychiatrycznej „Dösen" (pod Lipskiem), która umieszcza część swoich chorych u rodzin w Lipsku, opieka taka funkcjonuje zupełnie prawidłowo i w warunkach miejskich. Naturalnie, że u nas wprowadzenie tego rodzaju próby „opieki rodzinnej" będzie możliwem dopiero z chwilą przeprowadzenia tramwaju elektrycznego w kierunku Łodzi i Aleksandrowa, co umożliwi kontrolę nad rodzinami, których pieczy zostaną po-

wierzeni nasi chorzy: że próba taka wypadłaby korzystnie tak dla chorych naszych, jak i dla szpitala, nie ulega żadnej wątpliwości.

Podzielając w zupełności pogląd, że „praca i rozrywki w zakładach psychiatrycznych ratują życie znacznej liczbie chorych“, staraliśmy się zapewnić naszym chorym jedno i drugie, jakkolwiek zaledwie dorywczo mogliśmy zajmować chorych pracą, wobec braku odpowiednio urządzonych warsztatów. W drugiej połowie roku sprawozdawczego przywróciliśmy pracę chorych na świeżem powietrzu: we wrześniu zaczęliśmy systematycznie wysyłać chorych mężczyzn na kopanie alei w parku szpitalnym według wytkniętego planu — chorzy pracowali dość chętnie, jakkolwiek nie mogliśmy wybrać więcej, niż 10—15, którzy się do tej pracy nadawali. Na jesieni ciż chorzy byli zajęci przy kopaniu kartofli. W miesiącach zimowych próbowaliśmy wprowadzić plecenie słomianek, co jednakże tylko częściowo się nam udało, gdyż do pracy tej przeważająca większość chorych nie objawiała żadnego zainteresowania. Kobiety zajmowały się przeważnie drobnemi robótkami, jak szycie, haft, cerowanie, robienie plecionych toreb szpagatowych, chustek włóczkowych etc. Ze sprzedaży robót, wykonanych przez chore w ciągu 1907 roku osiągnęliśmy dochodu rb. 107 kop. 34. Z pieniędzy tych wydatkowaliśmy na cukierki, rozdawane chorym na wieczorkach tanecznych, na ozdoby choinkowe, na materjały do robót, zakupiony też został niewielki kinematograf z obrazkami na wstęgach. Co niedziela odbywały się wieczorki taneczne dla chorych, zaś w wielkim poście i adwencie pokazy obrazów niknących, własnych oraz wypożyczonych uprzejmie przez Zarząd Towarzystwa Krzewienia Oświaty, z odpowiedniemi objaśnieniami, oraz produkcje kinematograficzne.

Cyfry.

I. W dniu 1 stycznia 1907 roku pozostawało w szpitalu chorych 191, w tej liczbie mężczyzn 112, kobiet 79. W ciągu roku 1907 przybyło chorych 146, t. j. 84 mężczyzn i 62 kobiety, zatem leczyło się ogółem w ciągu roku sprawozdawczego 337 chorych— w tej liczbie mężczyzn 196 i kobiet 141. Na dzień 1 stycznia 1908 roku pozostało w szpitalu chorych 210, w tej liczbie mężczyzn 117, kobiet 93. W porównaniu z rokiem 1906 liczba chorych, przebywających w szpitalu w ciągu roku, wzrosła o 23, z rokiem 1905—o 82, z rokiem 1904—o 119, zaś z rokiem 1903—o 159. Przyrost w roku 1907 stanowi 76,43°/₀ pozostałości, w roku 1906 stanowił 112°/₀, w roku 1905 — 118°/₀. Spadek odsetki przyrostu wskazywałby na grożące Kochanówce przeludnienie chorymi nieuleczalnymi i zredukowanie jej do roli przytułku, wskazywałby również na niezbędną konieczność urządzenia „opieki rodzinnej“ w celu uwolnienia się od balastu nieuleczalnych.

II. Z ogólnej liczby 337 chorych Łódź dostarczyła Kochanówce 255 chorych, Warszawa — 11, gub. Warszawska—3, Piotr-

kowska—41, Kaliska — 14, Lubelska—4, Radomska—2, Łomżyńska—1, Kielecka—1, Litwa i Ruś—2, Galicja—1, Austrja—1, wreszcie mieliśmy jednego (1) przybłąkanego.

III. Opłatę za leczenie chorych w r. 1907 ponosiły następujące osoby, instytucje i przedsiębiorstwa:

1·	Rodziny	opłacały	za	116	chorych
2.	Fabryki	"	"	72	"
3.	Miasto Łódź	"	"	80	"
4.	Łódzkie Chrz. Tow. Dobrocz.	"	"	50	"
5.	Kolej Żelazna Fabr. Łódzka	"	"	1	"
6.	Kolej Elektr. Łodź-Zgierz-Pabianice	"	"	1	"
7.	Miasto Pabjanice	"	"	2	"
8.	Miasto Kalisz	"	"	1	"
9.	Gminy wiejskie	"	"	1	"
10.	Kochanówka utrzymywała bezpłatnie			13	"

Zestawienie porównawcze cyfr tych z cyframi lat poprzednich podaje tablica na str. 471.

IV. Według rodzaju zajęcia, chorzy nasi dzielą się na kategorje następujące:

1)	Przy rodzinie (zajęcie domowe albo brak określonego zajęcia	105
2)	Robotników i robotnic fabrycznych	95
3)	Rzemieślników	41
4)	Urzędników prywatnych i rządowych	9
5)	Kupców i handlowców	18
6)	Uczniów i uczenic szkół wyższych i średnich	8
7)	Nauczycieli i nauczycielek	6
8)	Inżynierów i techników	4
9)	Lekarzy	2
10)	Przyrodników	1
11)	Literatów	1
12)	Duchownych i seminarzystów	2
13)	Talmudystów	2
14)	Obywateli ziemskich i rolników	8
15)	Właścicieli fabryk	1
16)	Właścicielka domu	1
17)	Wojskowych	3
18)	Policjant	1
19)	Dentysta	1
20)	Fryzjer	1
21)	Szwaczek	5
22)	Artystki	2
23)	Ogrodnik	1
24)	Służących i stróżów	8
25)	Niewiadomego zajęcia i środków utrzymania	11

V. Stan rodzinny chorych określają następujące liczby:

W stanie małżeńskim pozostawało osób 161, bezżennym—153, wdów i wdowców—18, niewiadomych— 5.

KTO PŁACIŁ ZA LECZENIE	Chorych w latach					% Odsetek do ogólnej liczby chorych według lat				
	1903	1904	1905	1906	1907	1903	1904	1905	1906	1907
						%	%	%	%	%
1. Rodziny	97	76	84	111	116	48,7	34,8	32,9	35,4	34,4
2. Fabryki	22	32	58	74	72	11,3	14,6	22,7	23,6	21,3
3. Miasto Łódź	18	32	52	59	80	9,1	14,6	20,4	18,8	23,7
4. Łódzkie Chrześciańskie Towarzystwo Dobroczynności	54	51	44	50	50	27,4	23,8	17,25	15,9	14,8
5, 6, 7, 8. Kolej Żelazna,, Kolej Elektr., Pabjanice, Kalisz	1	11	2	6	5	0,5	12,3	0,8	1,9	1,5
9. Gminy wiejskie	3	4	—	—	1	1,5	1,9	—	—	0,3
10. Kochanówka bezpłatnie	—	—	10	13	13	—	—	3,935	4,1	3,9

VI. Pod względem wyznaniowym chorzy nasi dzielą się na następujące grupy:

1) Katolików 209 (62%)
2) Ewangielików 82 (24,5%)
3) Wyzn. mojżeszowego 39 (11,5%)
4) Prawosławnych 4 (1,2%)
5) Wyzn. niewiadomego 3 (0,8%)

VII. Pod względem stopnia wykształcenia, chorzy dzielą się na kategorje następujące:

Analfabetów	40
Z wykształceniem początkowem	153
" średniem	50
" wyższem	16
Niewiadomo o wykształceniu	78

VIII. Wiek chorych podaje tablica poniższa:

WIEK CHORYCH	Liczba chorych			W odsetkach	
	Mężczyzn	Kobiet	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet
				%	%
od 5 — 10 lat	3	1	4	1,5	0,7
" 10 — 15 "	2	1	3	1,1	0,7
" 15 — 20 "	8	9	17	4,1	6,4
" 20 — 30 "	45	38	83	22,9	26,9
" 30 — 40 "	70	51	121	35,7	36,2
" 40 — 50 "	41	26	67	20,9	18,5
" 50 — 60 "	17	12	29	8,7	8,5
" 60 — 70 "	7	2	9	3,6	1,4
wiek niewiadomy	3	1	4	1,5	0,7
	196	141	337	100%	100%

IX. Czas trwania choroby przed wstąpieniem do szpitala określa wykaz następujący:

1) mniej, niż 3 dni	5	chorych
2) od 3 dni do 1 miesiąca	68	"
3) od 1 miesiąca do 3 miesięcy	44	"
4) od 3 miesięcy do 6 miesięcy	39	"
5) od 6 miesięcy do 1 roku	44	"
6) od 1 roku do 5 lat	75	"
7) od 5 lat do 10 lat	19	"
8) od 10 lat do 20 lat	25	"
9) od 20 lat do 30 lat	10	"
10) od 30 lat do 40 lat	5	"
11) niewiadomo	3	"

X. Choroba umysłowa wystąpiła po raz pierwszy u 297 chorych, po raz drugi—u 25, po raz trzeci—u 4, po raz czwarty—u 5- po raz piąty—u 1, po raz szósty—u 1, po raz siódmy—u 1, nie, wiadomo o 3 chorych.

XI. Czas pobytu w szpitalu przedstawia się jak następuje:

1) mniej niż 1 miesiąc	pozostawało	22	chorych
2) od 1—3 miesięcy	"	62	"
3) od 3—6 miesięcy	"	44	"
4) od 6—12 miesięcy	"	42	"
5) od 1 roku do 2 lat	"	67	"
6) od 2 lat do 6 lat	"	76	"
7) od 6 lat do 10 lat	"	18	"
8) powyżej 10 lat	"	6	"

XII. Wywiady co do przyczyn chorób umysłowych, dostarczają nam danych następujących u 227 chorych (patrz str. 474):

W wykazie powyższym zmuszeni byliśmy zatrzymać obok nowoczesnego mianownictwa nazwę „otępienia wtórnego" ze względów praktycznych wobec dość znacznej liczby chorych b. dawnych, przeniesionych do Kochanówki jeszcze z przytułku Towarzystwa Dobroczynności, u których badanie przedmiotowe w chwili obecnej wykryć może tylko objawy prostego otępienia bez żadnych cech charakterystycznych.

XIV. Z ogólnej liczby 337 chorych ubyło w ciągu 1907 roku 127 osób, w tej liczbie:

1) wyzdrowiało	13	osób
2) wypisało się z polepszeniem	39	"
3) wypisało się bez polepszenia	38	"
4) zmarło	37	"

Obniżenie odsetki wyzdrowień obok jednoczesnego wzrostu odsetki śmiertelności w roku sprawozdawczym zależało prawdopodobnie z jednej strony od gwałtownego przepełnienia szpitala i pogorszenia przez to jego warunków hygienicznych (o czem wyżej wspominaliśmy), z drugiej zaś strony od spadku odsetki przyrostu ze 112% w roku 1906 na 76, 43% w roku 1907. Tym sposobem ilość przypadków ostrych uleczalnych w roku 1907 zmniejszyła się na korzyść przypadków przewlekłych nieuleczalnych, co

PRZYCZYNA CHOROBY	Napewno	Prawdopodobnie	Obok innych czynników główn.	Suma
1) pijaństwo rodziców	u 34 chor.	u 17 chor.	—	u 51 chor.
2) choroby nerwowe rodziców	—	„ 9 „	u 2 chor.	„ 11 „
3) padaczka rodziców	—	„ 1 „	—	„ 1 „
4) przymiot ojca	—	„ 2 „	—	„ 2 „
5) choroby umysłowe rodziców	„ 8 „	„ 5 „	—	„ 13 „
6) choroby umysłowe dalszych krewnych	—	„ 11 „	„ 3 „	„ 14 „
7) pijaństwo dziadków	—	„ 3 „	—	„ 3 „
Ogółem rożnego rodzaju dziedziczności:				u 95 chor.
8) przymiot nabyty	„ 25 „	„ 2 „	—	„ 27 „
9) alkoholizm chorego	„ 33 „	„ 12 „	„ 1 „	„ 46 „
10) uraz fizyczny	„ 5 „	„ 17 „	—	„ 22 „
11) uraz psychiczny	—	„ 7 „	—	„ 7 „
12) starość	„ 2 „	—	—	„ 2 „
13) choroby zakaźne ostre	„ 7 „	„ 9 „	—	„ 16 „
14) brak dostatecznego pożywienia	—	„ 1 „	—	„ 1 „
15) laktacja	„ 1 „	„ 2 „	—	„ 3 „
16) uraz porodowy	—	„ 5 „	—	„ 5 „
17) przekwitanie płciowe (climax)	—	„ 2 „	—	„ 2 „
18) choroby organiczne mózgu (nie specyficzne)	—	„ 1 „	—	„ 1 „
				u 227 chor.

XIII. Według rozpoznania choroby, chorzy nasi dzielą się na następujące kategorje:

ROZPOZNANIE CHOROBY	Mężczyzn	Kobiet	Ogółem
1. Psychozy melancholijno-maniakalne, okresowe i okrężne	10	16	26
2. Amentia, hallucinosis acuta	7	15	22
3. Psychozy neurasteniczne	1	1	2
4. „ histeryczne	1	8	9
5. „ epileptyczne	22	10	32
6. Otępienia wczesne (Dementia praecox)	45	35	80
7. Paranoia	4	4	8
8. Otępienie wtórne (Dementia secundaria	5	14	19
9. Psychozy laktacyjne	—	5	5
10. „ klimakteryczne	—	4	4
11. „ zakaźne	2	2	4
12. Obłąkanie pijackie	27	3	30
13. Porażenie postępujące (Paralysis progressiva)	46	6	52
14. Otępienie starcze	4	4	8
15 Arterioskleroza mózgowa	1	—	1
16. Braki umysłowe wrodzone	9	5	14
17. Przymiot mózgu (Luës cerebri)	6	2	8
18. Obłąkanie urazowe (Psychosis traumatica)	4	—	4
19. Guz mózgowia	1	—	1
20. Otępienie organiczne	1	—	1
21. Pląsawica (Chorea minor)	—	1	1
22. Głuchoniemota	1	1	2
23. Wiąd rdzenia (Tabes dorsalis)	1	—	1
24. Na obserwacji	2	1	3
			3 37

bezwarunkowo odbiło się odrazu niekorzystnie tak na cyfrze wyzdrowień jak i śmiertelności.

XV. Przyczyny zejść śmiertelnych w roku 1907 wyjaśnia tablica poniższa (patrz str. 477 i 478):

Choroby gorączkowe były przyczyną śmierci w 4 przypadkach, co stanowi 10,81% ogólnej liczby zajść śmiertelnych, na porażenie postępujące przypada 45,9% ogólnej liczby zajść, na cierpienia z zatrucia alkoholowego 16,2%.

Warunki hygieniczne szpitala i program prac koniecznych.

Zastanawiając się nad warunkami hygienicznemi Kochanówki w ostatniem swojem sprawozdaniu („Czwarty rok zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce") kol. Mazurkiewicz maluje taki ponury i odstraszający obraz (str. 18); „Brak segregacji, przepełnienie ostateczne, powodujące brak powietrza, brak odzieży, bielizny, łóżek, zimno, pokarm mniej niż dostateczny, to jest dzień powszedni każdego z naszych chorych. Zło to dotyczy wszystkich chorych i służy za źródło niewyczerpane bredzeń, pretensji, oskarżeń i gniewów. Szpital staje się przytułkiem, sprzeniewierza się swemu zadaniu leczenia i w wyobraźni naszych chorych zbliża się do więzień." Od czasu, kiedy napisane zostały te nabrzmiałe żalem i bólem wyrazy, niewiele zmieniło się na lepsze w Kochanówce. W ciągu roku 1907 przepełnienie szpitala spotęgowało się jeszcze przez większy napływ chorych, a jednocześnie warunki wentylacyjne nie poprawiły się. Brak odzieży, bielizny, łóżek, niedostateczność pokarmu nie zostały usunięte, jakkolwiek słuszność przyznać każe, że porobiono poważne kroki ku poprawie w tym kierunku, przygotowano też wszystko do przeprowadzenia kanalizacji i ujęcia wód ściekowych. Nie zrobiono natomiast nic w kierunku zdrenowania terenu szpitalnego. co wobec wysokiego poziomu wód gruntowych (1½—2 łokci pod powierzchnią gruntu) jest wprost nie dzowną koniecznością. Szpital nasz pozyskał jednak, jak już wspomniałem, wodę dobrą i w dostatecznej ilości w połowie 1907 roku. Zestawienie porównawcze wyników analiz wody obecnej i dawnej (*), które na tem miejscu przytaczamy, przekony-

*) Analiza wody z nowej studni, łaskawie dokonana w październiku 1907 r. przez Kierownika Miejskiego Laboratorjum Chemiczno-Bakterjologicznego w Łodzi, kol. Bartoszewicza, dała wyniki następujące: (obocznie przytaczamy wyniki analizy wody dawnej, którą wykonał kol. Serkowski w temże Laboratorjum w marcu 1903 roku);

Ilość nadesłana—2 litry. Woda bez zapachu, kolor żółtawy w grubej warstwie, lekka opalescencja.

Reakcja wody surowej neutralna, po 10 minutowem gotowaniu słabo alkaliczna Substancji organicznych: $15_{,2}$ mgr. w litrze.

(tlenu zużyto $0_{,78}$ mgr. na 1 litr wody

(w dawnej wodzie tlenu zużyto $7_{,5}$ na 1 litr)

(K Mn O_4 zużyto $3_{,15}$ mgr. na 1 litr wody

(w dawnej wodzie K Mn O_4 zużyto $29_{,7}$ na 1 litr)

Tlenku wapnia i magnezu 135 mgr. na 1 litr wody

Chorzy	Wiek	Pozostawali w szpitalu	Rozpoznanie choroby	Przyczyna śmierci
	lat			
1. W. D.	33	9 lat 10 mięs.	Epilepsia cum dementia	Cierpienie zasadnicze
2. O. T.	53	9 lat 3 dni	Pseudoparal. progr. alcohol.	„ „
3. A. W. Z.	38	8 lat 10 mięs.	Paralysis progressiva	„ „
4. G. E.	53	5 lat 11 mięs.	Pseudoparal. progr. alcohol.	„ „
5. A. R.	37	5 lat	Dementia secundaria	Gastroenteritis acutissima
6. M. S.	44	8 miesięcy	Paralysis progressiva	Cierpienie zasadnicze
7. S. B.	38	3 lata	Paralysis progressiva	„ „
8. A. W.	51	1 mies. 18dni	Poeudoparal. progr. alcohol.	„ „
9. J. H.	40	3 lata 14 dni	Pseudoparal. progr. alcohol.	„ „
10. M. R.	38	2 lata 9 mies.	Dementia praecox	Tuberculosis pulmonum
11. J. N.	51	22 dni	Paralysis progressiva	Cierpienie zasadnicze
12. A. J.	21	2 lata 8 mies.	Dementia praecox	Syncope (!)
13. J. T.	38	7 dni	(Fractura basis cranii) (Delirium alcoholicum)	Uraz
14. O. M.	43	2 lata	Paralysis progressiva	Cierpienie zasadnicze
15. A. K.	31	7 mies. 10 dni	Paralysis progressiva	„ „
16. L. J.	33	2 lata 6 mies.	Dementia praecox	Tuberculosis pulmonum
17. A. G.	40	1 mies. 22 dni	Paralysis progressiva	Cierpienie zasadnicze
18. A. K.	52	2 lata 13 dni	Lues cerebri	„ „
19. M. D.	39	6 dni	Alcoholismus chronicus	Nephritis interstitialis

Chorzy	Wiek	Pozostawali w szpitalu	Rozpoznanie choroby	Przyczyna śmierci
	lat			
20. M. S.	45	1 rok 7 mies.	Psychosis hyster. Tachycardia.	Gangraena pedis
21. E. H.	52	15 dni	Amentia·	Wycieńczenie
22. S. J.	36	1 rok 9 mies.	Paralysis progressiva	Cierpienie zasadnicze
23. L. H.	63	5 dni	Dementia senilis	Myocarditis
24. K. S.	46	1 rok 5 mies.	Paralysis progressiva	Cierpienie zasadnicze
25. A. B.	37	11 mies.	Paralysis progressiva	„ „
26. M. G.	62	1 rok 4 mies.	Arteriosclerosis cerebri	„ „
27. A. K.	36	1 rok $2^1/_2$ mies.	Paralysis progressiva	Tuberculosis pulm. et laryngis
28. A. G.	48	$9^1/_2$ mies.	Laesio organica cerebri	Cierpienie zasadnicze
29. A. H.	32	25 dni	Paralysis progressiva	„ „
30. S. S.	45	1 rok 1 mies.	Paralysis progressiva	„ „
31. K. D.	47	3 mies.	Paralysis progressiva	Erysipelas
32. K. K.	38	$8^1/_2$ mies.	Paralysis progressiva	Cierpienie zasadnicze
33. A. S.	38	9 mies.	Paralysis progressiva	„ „
34. W. N.	15	3 mies. 7 dni	Paralysis progr. hereditaria	„ „
35. Z. M.	31	12 dni	Lues cerebri	„ „
36. F. M.	51	1 mies. 5 dni	Pseudoparal. progr. alcoh.	„ „
37. N. M.	48	1 mies. 20 dni	(Hemiplegia dextra, Aphasia) (Lues cerebri)	„ „

wa dostatecznie o dobroci wody obecnej i absolutnej nieprzydatności dawnej, zawierającej wprost bakterje chorobotwórcze (bacterium coli commune!); woda dawna była pochodzenia gruntowego, woda obecna jest wodą skalną, z głębokich pokładów idącą, ztąd zasadnicza różnica ich jakości.

W uzasadnionej nadziei, że najbliższe sprawozdanie roczne będzie mogło donieść o spełnieniu przynajmniej większości powyższych postulatów, przejdźmy do szczegółowego roztrząśnięcia pytania, czego jeszcze potrzeba Kochanówce, aby mogła stanąć na poziomie nowożytnego szpitala psychiatrycznego. A więc, pomijając sprawy dopiero co wymienione, przedewszystkiem należy usunąć panujące w szpitalu naszym przepełnienie, które uniemożliwia wszelkie racjonalne leczenie chorych i ścisłą ich segregację. Wybudowanie pawilonu Imienia d-ra K. Jonschera w części brak ten usunie, jakkolwiek i po oddaniu tego pawilonu do użytku chorych, będziemy mieli jeszcze około 50 chorych po nad normę. Przez ufundowanie oddzielnego pawilonu dla spokojnych pensjonarzy I i II klasy dałoby się to przepełnienie wybitnie zmniejszyć, i możnaby zapewnić tej kategorji chorych większe wygody, wynikające ze ściślejszego stosowania względem nich zasady „no restraint'u", co w warunkach obecnych Kochanówki nie jest możliwem.

W celu uniknięcia przykrych nad wyraz przypadków zarażania się pacjentów naszych gruźlicą i chorobami zakaźnemi ostremi wewnątrz szpitala i osiągnięcia zupełnej izolacji tych przypadków chorobowych, bezwarunkowo koniecznem jest wybudowanie w najbliższej przyszłości baraku na 10—15 łóżek dla chorych zakaźnych. Barak taki, dla uniknięcia zbyt wielkich kosztów, mógłby być nawet drewnianym, albo też zbudowanym z muru pruskiego, a powinien być koniecznie zaopatrzonym w werandę, na której zostałaby urządzoną leżalnia dla pacjentów, dotkniętych gruźlicą. Przez

---

(w dawn. wod. tlenku wapn i magn. 150 mgr. na 1 l. w.)
Amoniaku niema („ „ amoniaku ślady)
Azotanów niema („ „ azotanów minimalne ślady)
Azotynów niema („ „ azotynów minimalne ślady)
Siarczanów minimalne ślady (w dawnej wodzie: niema)
Żelaza minimalne ślady („ „ ślady)
Części stałych 212,2 mgr. w litrze („ „ 236 mgr. w 1 litrze)

Mikroskopowo: osad zabarwiony na szaro, zgęszczony, w nim cząsteczki krzemu i gliny; wodorostów i infuzorji niema.
(w dawnej wodzie: detrit roślinny, pleśnie, infuzorje, flagellata).

Bakterjologicznie: bardzo mała ilość bakteryj (10—15 kolonij na 1 cm.^{3}), bakterji chorobotwórczych nie znaleziono.
(w dawnej wodzie: pleśnie, w dużej ilości bakterje gnilne i bacterium coli commune).

Orzeczenie kol. Bartoszewicza o wodzie z nowej studni:

„Wodę można uważać za zupełnie dobrą zarówno do picia jak i do gotowania (osad łatwo daje się usunąć przy pomocy samoosadzania lub filtracji),

Orzeczenie kol. Serkowskiego o wodzie dawnej:

„Woda nadesłana, w obecnym jej stanie (bakterje gnilne), jest do użytku niezdatna)".

wybudowanie takiego baraku moglibyśmy ocalić życie wielu naszych chorych, a szpitalowi oszczędzić trudności prawie nie do przezwyciężenia w razie wybuchu jakiejkolwiek epidemji, albo nawet sporadycznie ukazującej się choroby zakaźnej.

Mówiąc o leżalniach, należy wspomnieć o konieczności urządzenia werand z leżalniami i przy pawilonach głównych — sposób leczenia bowiem za pomocą werandowania znajduje coraz szersze zastosowanie i w chorobach umysłowych, to też we wszystkich nowych szpitalach psychiatrycznych znajdujemy już tego rodzaju urządzenia.

Przybywające w coraz większej liczbie do Kochanówki umysłowo chore dzieci, których obecnie mamy już 10 w wieku od lat 5 do 15, a które przyjmować, choć niechętnie, jesteśmy zmuszeni z powodu braku odpowiednich zakładów u nas, obecnie mieszczą się na salach ogólnych wspólnie z dorosłymi chorymi. Współżycie to odbija się fatalnie na umysłowości i obyczajności tych nieszczęśliwych dzieci, dlatego też jest koniecznem leczenie ich w zupełnie oddzielnym, specjalnie dla nich przeznaczonym, choćby niewielkim pawiloniku, w którym należałoby jednocześnie urządzić rodzaj szkółki froeblowskiej. Pawilon tego rodzaju, który oglądałem w szpitalu lipskim „Dösen", mieści 40 dzieci obu płci, posiada szkółkę, prowadzoną przez nauczyciela specjalistę, dojeżdżającego 2 razy tygodniowo na lekcje z Lipska, dozorczynią zaś w tym pawilonie jest wykwalifikowana froeblanka. Dzieci, zdolne do nauki, odbywają regularnie lekcje i czynią nawet stosunkowo dość znaczne postępy, obok tego zaś zajmują się robótkami ręcznemi i wykonywują je naogół nie o wiele gorzej od dzieci zdrowych. Pawilonik dziecinny w Dösen sprawia nadzwyczaj sympatyczne i ujmujące wrażenie celowością swojego urządzenia i starannością opieki nad małoletnimi obłąkanymi. Możeby i Łódź zdobyła się na czyn tak humanitarny i ufundowała w Kochanówce lecznicę-ochronkę dla swoich umysłowo-chorych dzieci: jesteśmy pewni, że energiczny i zabiegliwy Oddział Łódzki Towarzystwa Opieki nad dziećmi, który już tę sprawę prywatnie poruszał, przyjdzie Kochanówce z pomocą materjalną i, co ważniejsza, poparciem moralnem, przez zjednanie dla tej palącej sprawy macierzyńskich serc mieszkanek Łodzi.

Współczesna lecznica psychiatryczna, aby mogła odpowiedzieć swemu podwójnemu zadaniu: leczenie chorych uleczalnych i pielęgnowanie chorych nieuleczalnych, musi zawierać trzy zasadnicze części: 1) właściwy szpital, 2) kolonję i warsztaty, 3) „opiekę rodzinną". Kochanówka jest obecnie tylko szpitalem i to niedoskonałym, jak widzieliśmy, nie posiada zaś ani warsztatów, ani kolonji, ani odpowiednio zorganizowanej „opieki rodzinnej". Ztąd wynikają najrozmaitsze niedogodności: przedewszystkiem przybywający w coraz większej liczbie chorzy chroniczni, nieuleczalni, zajmują coraz więcej miejsca w szpitalu, zabierając miejsce, przeznaczone dla właściwego leczenia chorych ostrych; ciż chorzy chroniczni, przez zupełny brak zajęcia, skazani na ciągłe kręcenie się w kółko po salach dziennych, szybko posuwają się na drodze ku zupełnemu

otępieniu umysłowemu i moralnie dziczeją, wreszcie idą na marne te resztki sprawności technicznej i umysłowej nieuleczalnych, przeważnie byłych rzemieślników, które mogłyby być użyte z korzyścią dla szpitala i oszczędzić mu wiele wydatków na niezbędne potrzeby. Nie należy zapominać, że np. szpital psychiatryczny w Dalldorf pod Berlinem w sprawozdaniu za rok 1905 wykazuje wartość robót, wykonanych przez chorych w tym roku w wysokości 23730 marek 25 fenigów, przyczem pracowało zaledwie 154 chorych obojej płci. Względy materjalne zresztą mniej tu są rozstrzygające, na pierwszym planie zaś podkreślić należy wysoką wartość moralną i leczniczą tych zajęć. Zajęcia takie mogłyby być prowadzone z pożytkiem tylko w odpowiednio urządzonych warsztatach, na które obecnie Kochanówka nie posiada, niestety, ani miejsca, ani środków.

Jeżelibyśmy mieli pomieszczenie, to obecnie już, korzystając z personelu rzemieślniczego, jakim rozporządzamy, moglibyśmy utworzyć warsztaty: szewcki, stolarski, tapicerski, introligatorski, ślusarski i tkacki. Warsztaty te mogłyby narazie być urządzone w suterenach, o ile byłyby one dość wysokie, suche, dobrze ogrzane i oświetlone; że byłyby warsztaty takie wielkiem dobrodziejstwem dla naszych chorych, nie ulega wątpliwości.

Urządzenie kolonji, czyli folwarku, dla zajęcia chorych robotami polnemi w obecnych warunkach na tak niewielkim terenie (38 morgowym), jaki posiada Kochanówka, nie da się przeprowadzić. To też należałoby dążyć wszelkiemi siłami do rozszerzenia terenu szpitalnego choćby stopniowo, małemi cząstkami, gdyż dalszy rozwój Kochanówki wkrótce będzie zahamowany przez brak miejsca, a niewątpliwie z chwilą przeprowadzenia tramwaju elektrycznego, posunięcie się miasta w kierunku Kochanówki, rozszerzenie terytorjalne szpitala jeszcze bardziej utrudni, albo nawet całkowicie uniemożliwi.

Mówiąc o potrzebach i brakach racjonalnego lecznictwa w Kochanówce, nie możemy zapomnieć i o potrzebach służby pielęgniarskiej, której udział w leczeniu chorych umysłowych jest niezaprzeczenie b. znaczny, i która musi stać bezwarunkowo na wysokości zadania, aby nie psuć pracy lekarskiej. Ażeby zaś posiadać dobrą służbę, należy dać jej dobre warunki egzystencji, na pierwszym planie zaś odpowiednie mieszkanie. Wzrost liczby chorych i idący z nim w parze wzrost służby pielęgniarskiej, bez jednoczesnego powiększenia ilości mieszkań, wywołał w Kochanówce ostrą „kwestję mieszkaniową“. To też rozszerzenie mieszkań dla służby stało się u nas sprawą palącą i wymagającą doraźnego rozwiązania.

Lecznictwo w każdem szpitalu jest oparte na prawidłmowe funkcjonowaniu wydziałów służby administracyjnej, przedewszystkiem zaś kuchni. Zrozumiały to już oddawna szpitale zagraniczne, które nie szczędzą kosztów i starań, ażeby jaknajlepiej postawić sprawę kuchni, pralni, instalacji maszynowej i innych działów administracji. Jak pod wielu innymi względami, tak i pod tym,

Kochanówka jest ogromnie upośledzona. Kuchnia Kochanowiecka zbudowana według starego typu kuchni szpitalnych, wystarczająca przy pierwotnej liczbie 53 chorych, musi obecnie dostarczać pożywienia codziennie dla 220 chorych i przeszło 80 osób personelu służbowego.

To też co kilka tygodni systematycznie psuje się palenisko, nie mogąc wydołać tym zwiększonym wymaganiom, jakie stawia obecna Kochanówka, i następują przerwy, opóźnienia i nieporządki w wydawaniu pożywienia, wywołujące całkiem słuszne utyskiwania lekarzy, chorych i służby. Dodajmy do tego nadzwyczaj niehygieniczne warunki pracy w niskim, nie wentylowanym i źle oświetlonym pomieszczeniu, w zimie przesyconym parą tak, że przez nią ludzie nieomal dojrzeć się nie mogą, w lecie buchającym żarem zaiste piekielnym, dodajmy do tego brak ogrzanej poczekalni dla służby pawilonowej, roznoszącej jedzenie chorym, zmuszonej formalnie marznąć wśród zimy, a będziemy mieli niezachęcający obraz kuchni Kochanowieckiej. W tych warunkach bardzo trudno o dobrą obsługę kuchni, na czem, naturalnie, musi cierpieć jakość potraw, wywołując znowu słuszne wyrzekanie chorych.

Jeżeli kuchnia Kochanowiecka tak smutno się przedstawia, to cóż można powiedzieć o pralni szpitalnej? Stanowi ją jeden niski niezbyt obszerny pokój; jest on tak wilgotny i przesycony parą, że tynk sufitu odpadał często całemi kawałami, grożąc nietylko czystości bielizny, ale i życiu piorących, to też w końcu byliśmy zmuszeni całkowicie go z sufitu usunąć. Cała masa bielizny pierze się wyłącznie ręcznie, nie posiadamy bowiem ani jednego mechanicznego przyrządu, oprócz chyba zwykłych wyżymaczek. Dodajmy do tego, że sortowanie bielizny brudnej odbywa się gdzieindziej, maglowanie w suterenach jednego z pawilonów, suszenie na poddaszu paru pawilonów, skład czystej bielizny zaś znajduje się w jednej z will, a do całości tego przykrego obrazu niczego już brakować nie będzie. Nic dziwnego, że w tych warunkach bielizna szybko się niszczy, a przy ustawicznych wędrówkach z jednego miejsca w drugie skontrolować ściśle jej ilość jest prawie niemożebnem, to też największe nawet nakłady pieniężne na zakup bielizny będą się zawsze marnować bezowocnie. Uczucia zazdrości i żalu ogarniają kiedy się zwiedza urządzenia kuchenne i pralniane szpitali zagranicznych: Steinhofu, Mauer-Öhling, Dösen etc. i mimowoli nasuwa się przeświadczenie, że nowoczesne te urządzenia to zarazem szkoła kultury, porządku, a nawet uczciwości i skrupulatności dla personelu służbowego.

Wybudowanie nowej kuchni i pralni z szerokiem zastosowaniem siły mechanicznej, stanowi dla Kochanówki jeden z warunków dalszego jej rozwoju w tej samej mierze, jak stan obecny tych obu gałęzi administracji jest szkopułem na drodze postępu naszego szpitala. Dodać należy, że zadanie to nie jest łatwem do przeprowadzenia, gdyż nowoczesne urządzenia mechaniczne kuchenne i pralniane są kosztowne: np. jak mnie informował specjalista w tych gałęziach techniki, samo urządzenie pralni mechanicznej na 600

chorych kosztowałoby około 12 tysięcy rubli; kuchnie szpitalne nowoczesne nie używają innych naczyń, jak aluminjowe, które zą znacznie trwalsze i hygieniczniejsze od niklu, zaś tańsze od miedzi, i nie wymagają pobielania: w szpitalu psychiatrycznym „am Steinhof“ pod Wiedniem używają aluminjowych kotłów do zup i gotowania mięsa, wszystkie kotły są ogrzewane parą, a kuchenki do pieczenia—gazem, istnieją specjalne maszyny do obierania kartofli, a szpital w Mauer-Ohling posiada specjalną maszynę do wyrobu klusek i makaronu: to też robota kuchenna idzie tam szybko, składnie i czysto. Niemniej jesteśmy pewni, że nasz Komitet szpitalny, któremu sprawa wybudowania nowej kuchni i pralni w Kochanówce bardzo leży na sercu, przy znanej swej energji i dobrej woli, zdoła trudne to zadanie do pomyślnego doprowadzić końca.

Urządzenia maszynowe naszego szpitala składają się z motoru na gaz ssany, wyrobu fabryki w Winterthur, o sile 10 koni parowych, maszyny dynamo i baterji akumulatorów. Motor nasz już obecnie jest zbyt słaby na potrzeby szpitala (pompuje wodę z nowej studni i ładuje akumulatory), zaś po wybudowaniu pawilonu im D-ra Jonschera i połączonem z tem wzmożeniu się zapotrzebowaniu na wodę i energję elektryczną, nie będzie mógł podołać zadaniu, koniecznem więc będzie niezadługo nabycie znacznie silniejszego motoru—najodpowiedniejszą dla naszego szpitala byłaby maszyna parowa.

Urządzenie kąpieli stałych w pawilonach dla chorych gwałtownych, udoskonalenie wentylacji pawilonowej, przeprowadzenie wodociągów i kanalizacji do will, urządzenie parku i ubicie dróg wewnętrznych, ułożenie chodników między pawilonami, przeprowadzenie telefonów wewnętrznych, urządzenie portjerni, oto szereg pomniejszych ulepszeń, które jeszcze wykonać należy, najważniejszemi jednak dla Kochanówki są: kanalizacja, zdrenowanie całego terenu szpitala, wybudowanie baraku dla chorób zakaźnych, pawilonu dla dzieci, pawilonu dla pensjonarzy, warsztatów dla chorych, kuchni i pralni, rozszerzenie mieszkań dla służby—oto są te kapitalne dzieła, których wykonanie może zapewnić Kochanówce stanowisko poczesne pomiędzy szpitalami, odpowiadającemi wymaganiom psychiatrji nowożytnej.

Program prac, który tu stawiamy, jest obszerny, ale ani nie za wielki w stosunku do rzeczywistych potrzeb szpitala, ani nie zastraszający, jeżeli spojrzymy w przeszłość i uprzytomnimy sobie, jak wiele już zrobiono w Kochanówce, dzięki ofiarności jednostek. W każdym razie to, co do zrobienia jeszcze pozostaje, stanowi zaledwie cząstkę tego, co już zrobiono, a ci, co tak wiele już dokonali, dzieło swoje wykończą. Jesteśmy pewni, że ofiarna Łódź nie zapomni o szpitalu, który jej swoje powstanie zawdzięcza, a który obecnie chce jej również zawdzięczać swój rozkwit i pomyślność ku chwale jej obywateli.

Jest jednak jeszcze sprawa, której załatwienie wykracza po za ramy bezpośrednich obowiązków szpitala psychiatrycznego, jednak

nie mniej zasługuje na najżywsze poparcie tak ze strony lekarzy, jak i szerokiej publiczności. Jest to opieka nad chorymi, wychodzącymi z Kochanówki, i ich rodzinami. Brak takiej opieki społecznej sprawia, że szpital nasz nieraz całemi miesiącami, a nawet latami musi trzymać byłych swoich pacjentów, którym stosunki rodzinne i majątkowe nie pozwalają na powrót do dawnych warunków życiowych i którzy, pozostawieni bez opieki, musieliby odrazu zginąć wśród obojętności wielkiego miasta; z drugiej strony, mamy w szpitalu ciągle do czynienia z całym szeregiem rodzin, przez długotrwałą chorobę swego karmiciela, albo karmicielki, stopniowo pogrążanych w otchłanie nędzy i głodu. Tym potrzebom chorych naszych i ich rodzin możnaby z łatwością zaradzić przez stworzenie odpowiedniej organizacji społecznej, np. otwarcie w Łodzi oddziału „Warszawskiego Towarzystwa pomocy lekarskiej i opieki nad umysłowo chorymi". Organizacja taka oddałaby wielkie usługi sprawie, otaczając swoją opieką chorych, wychodzących ze szpitala i potrzebujących na razie pomocy materjalnej oraz poparcia w wyszukaniu zajęcia, które zwykle tak niechętnie bywa udzielane byłym pensjonarzom lecznic psychiatrycznych; otaczając swoim wpływem moralnym wyleczonych alkoholików, tak skłonnych do recydyw; ułatwiając biednej ludności umieszczenie chorego w szpitalu i udzielając pomocy rodzinom, pozbawionym swych karmicieli, przez czas ich leczenia; doglądając rodzin, podejmujących się opieki nad chorymi z ramienia szpitala; popularyzując sprawę lecznictwa psychiatrycznego wśród ludności etc. etc. Sądzę, że grono osób, obecnie interesujących się sprawą opieki nad umysłowo chorymi znacznie by się rozszerzyło, gdyby sprawa ta została ujętą w ramy spójnej i jednolitej organizacji. Że da się to bez trudności przeprowadzić w Łodzi, tak dobrze już przygotowanej pod tym względem — nie wątpię.

W sprawie etyologii porażenia postępującego.

(Ze statystyki szpitalnej).

Tragiczny obraz porażenia postępującego, owej choroby, która wybiera sobie na ofiarę człowieka w sile dojrzałego wieku, w tym czasie, kiedy już zdobył on pewną określoną i stałą egzystencję, mającą, jak mu się wydaje, na całe życie zapewnić dobrobyt jego własny i jego rodziny, zdawna już zajmował umysły wielu psychiatrów. Starali się oni, oczywiście, przedewszystkiem dociec przyczyny tego strasznego cierpienia, które zajmuje w statystykach szpitalnych ilościowo najpokaźniejsze (obok otępienia wczesnego) miejsce.

W rozwoju nauki o pochodzeniu porażenia postępującego, można rozróżnić parę okresów. W okresie najwcześniejszym uważano porażenie postępujące za chorobę przymiotową par excellence; jednakże niepomyślne wyniki leczenia specyficznego zmusiły niebawem do porzucenia tej teorji.

Na zmianę zjawiła się, podszyta spekulacją abstrakcyjną, teorja meta—albo parasyfilitycznego pochodzenia porażenia postępującego, która głosiła, że porażenie postępujące jest wywołane przez samozatrucie ustroju na skutek zakażenia przymiotowego powstałe: przymiot pozostał więc nadal jako podstawowa przyczyna choroby. Dalsze obserwacje jednak stopniowo podważały i tą teorję: widziano przypadki porażenia postępującego, które występowały przed zakażeniem przymiotowem, przypadki porażenia postępującego podczas objawów wtórnych przymiotu, wreszcie, co najważniejsza i najciekawsza, przypadki, w których występowały jednocześnie objawy porażenia postępującego i trzeciorzędnego przymiotu, i w których leczenie specyficzne usuwało objawy przymiotu, nie wpływając absolutnie na przebieg porażenia postępującego. Obserwacje tego rodzaju obniżyły znacznie powagę teorji metasyfilitycznej, a co zatem idzie, zachwiały wiarę w udział przymiotu w powstawaniu porażenia postępującego. Nowe badania serodjagnostyczne nad porażeniem postępującem, dokonane przez gorących zwolenników teorji, przymiotowego pochodzenia tego cierpienia, wykryły w 0% (Wassermann i Plaut), a nawet w 73% (Marie i Levaditi) badanych przypadków anty-ciała przymiotowe w płynie mózgo-rdzeniowym paralityków *). Jednakże d świadczenia Weila, który osiągnął identyczną reakcję przez połączenie surowicy przymiotowej z wyciągiem nowotworu mięsakowego znacznie nadwątliły wartość rozpoznawczą powyższych badań. Badania te zresztą nie zdołały wyjaśnić, dlaczego pozostałe 30% przypadków porażenia postępującego, nie dają pożądanego odczynu na anty-ciała przymiotowe.

Psychiatrzy włoscy, głównie zaś Bianchi i Tanzi, wypowiedzieli zdanie, że przymiot odgrywa w etyologii porażenia postępującego nie większą rolę niż alkoholizm, gruźlica i inne momenty chorobowo-usposobiające. Psychiatrzy angielscy zaś (Levis Bruce, Macpherson, Chalmes, Watson, Ainslie), wobec zupełnej bezowocności dotychczasowych badań nad porażeniem postępującem, zwrócili się do drobiazgowego badania każdego przypadku porażenia postępującego pod względem chemicznym i bakterjologicznym, obok ścisłej obserwacji klinicznej, i zdołali wykryć w obrazie klinicznym tej choroby parę szczegółów, dotąd nie notowanych, np. regularne, co 2—3 tygodni się powtarzające, podniesienia ciepłoty u paralityków z jednocześnie wzmożoną leukocytozą. Przedstawiciele psychiatrji szkockiej, Ford-Robertson, M'Roe i Jeffrey potrafili, jak twierdzą, wyosobnić pałeczkę, podobną do Klebs-Löfflerowskiej, zamieszkującą błony śluzowe narządów trawiennych i dróg oddechowych u paralityków, która ma wywoływać objawy porażenia postępującego u zwierząt doświadczalnych, a nawet odpowiednie zmiany anatomiczne. Pałeczkę taką

*) Cyt. w artykule L. S. Rosenthala p. t. „Реакцiя отклоненiя комплементовъ и ея значенiе въ психiатрiи и невропатологiи“ (Современная Психiатрiя, декабрь 1907 г.).

znaleziono również w narządach moczopłciowych i płynie mózgo-rdzeniowym paralityków i nazwano ją „bacillus paralyticans“ albo „bacillus Ford-Robertsoni“. Wszystkie te nowe prace nad porażeniem postępującem zostały ogłoszone przez Ford-Robertsona p. t. „The pathology of general paralysis of the insane“ (The Morison lectures for 1906).

Wyniki prac tych oczywiście muszą jeszcze przejść przez ogień krytyki i kontroli całego szeregu badaczy, mają jednak tą zasługę, że zwróciły psychiatrję na nowe tory, zgodne z poglądem przyrodniczym na istotę i powstawanie chorób wogóle, skłoniły do całkowitego i szczegółowego badania chorych, do nieograniczania się wyłącznie na obserwacji klinicznej i badaniu psychologicznem. Wpływ tych nowych prądów odbija się, choć z trudnością, i na psychiatrji niemieckiej, czego dowodzi wydana w roku bieżącym praca Kaufmanna z kliniki prof. G. Antona w Halli o wymianie materji przy porażeniu postępującem.

Tymczasem ukazują się w dalszym ciągu prace statystyczne, które przygotowują umysły do obalenia teorji przymiotowego pochodzenia porażenia postępującego. Wśród prac tych jedną z wybitniejszych i ciekawszych stanowi artykuł G. Dreyfusa p. t. „Jaką rolę odgrywa endogeneza w etyologii porażenia postępującego?“ („Welche Rolle spielt die Endogenese in der Aetiologie der progressiven Paralyse?“ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie LXIII Bd, 5 Heft).

Autor zbadał pod względem wywiadów 268 przypadków porażenia postępującego, leczonych na klinice Würzburskiej w ciągu lat 15. Po zliczeniu wszystkich pewnych i prawdopodobnych przypadków przebytego przymiotu, autor otrzymał $24,_4\%$ (66 osób) ogólnej liczby paralityków. Reszta przypadków nie dawała żadnych wskazówek co do przebytego przymiotu. Dodać należy, że autor nie uważał się za uprawnionego do liczenia jako syfilityka każdego chorego, w którego wywiadach znajdował oddzielnie przypadki poronień, bezpłodności etc.

Z pośród 66 osób z przebytym przymiotem autor znalazł 15 osób, obarczonych dziedzicznie chorobą umysłową, albo okazujących wyraźne oznaki zwyrodnienia, wogóle zaś obarczonych dziedzicznie i zwyrodniałych wśród paralityków z kliniki Würzburskiej naliczył osób 98 czyli $36,_6\%$. Jak już wyżej wspomnieliśmy, zaledwie 15 zpośród nich przechodziło przymiot.

Dla porównania autor badał z tejże kliniki przypadki innych chorób umysłowych, a mianowicie tych, które są zwykle uważane za wynikające z obarczenia dziedzicznego par excellence, i stwierdził wyraźne obarczenie dziedziczne w 38% wszystkich przypadków. Okazało się ztąd, że odsetek dziedzicznie obarczonych pomiędzy paralitykami jest bez mała taki sam, jak między chorymi umysłowymi z kategorji konstytucjonalnej. W konkluzji autor stawia następujące tezy:

1° nie mamy prawa posądzać kogokolwiek o przebyty przymiot na tej podstawie, że w danej chwili ma porażenie postępujące;

2⁰ nie powinniśmy się łudzić, abyśmy mogli przeszkodzić szerzeniu się porażenia postępującego, za pomocą zwalczania zarazy przymiotowej;

3⁰ nie mamy prawa twierdzić, że istnienie ciężkiego obarczenia dziedzicznego świadczy przeciw prawdopodobieństwu porażenia postępującego;

4⁰ nie da się obronić twierdzenie, że potomstwo paralityków jest dziedzicznie obarczone o tyle tylko, o ile występuje pierwiastek przymiotu dziedzicznego: wpływ obarczający porażeaia postępującego, jako takiego, na potomstwo jest nie mniej silny, niż innych chorób umysłowych.

Nawiasem dodamy, że autor skłaniałby się raczej do zaprzeczenia przymiotowego pochodzenia porażenia postępującego, jednakże uważa, że są fakty, które dowodzą istnienia ścisłego związku (w niektórych przypadkach) porażenia postępującego z przymiotem: za jeden z takich dowodów uważa autor występowanie przypadków porażenia postępującego u par małżeńskich. Ciekawem jest, że jednocześnie Ford Robertson i szkoła psychiatryczna szkocka uważa przypadki porażenia postępującego u par małżeńskich za dowód bakteryjnego pochodzenia tej choroby.

Wywody statystyczne Dreyfusa zachęciły mnie do sprawdzenia cyfr, przez niego podanych, na Kochanowieckim materjale klinicznym. Ogółem za 6 lat istnienia Kochanówki (1902—1908 r.) zebrałem 106 przypadków (95 mężczyzn, 11 kobiet) klinicznie, a poczęści i sekcyjnie rozpoznanego porażenia postępującego, w tej liczbie 5 przypadków Tabo-paralysis (4 mężczyzn, 1 kobieta). Przy uwzględnianiu danych wywiadu kierowałem się temiż zasadami, które zachowywał Dreyfus. Wynik obliczeń moich jest następujący:

Przymiot pewny w wywiadach zualazłem u 33 chorych (31, 13%), w tej liczbie w 15 przypadkach (14, 15%) w wywiadach występował *tylko* przymiot, jako moment przyczynowy, pozatem zaś występowały inne jeszcze momenty, a więc przymiot i uraz w 3 przypadkach, przymiot i obarczenie dziedziczne w 6 przypadkach, przymiot i pijaństwo w 9 przypadkach.

Obarczenie dziedziczne w wywiadach znalazłem naogół w 13 przypadkach, co stanowi 12, 26%, w tej liczbie chorych z przebytym przymiotem 6, pijaństwem 2, urazem 1, zaś 4 chorych (3, 77%) wykazywało w wywiadach *tylko* obarczenie dziedziczne.

Uraz głowy występował w 12 przypadkach (11, 32%), w tej liczbie uraz *wyłącznie* w 6 przypadkach (5, 66%), uraz i pijaństwo—w 2, uraz i przymiot w—3, uraz i obarczenie dziedziczne—w 1.

Pijaństwo występowało w wywiadach u 38 chorych (35, 84%), w tej liczbie wyłącznie pijaństwo u 25 chorych (23, 58%), pijaństwo i uraz—u 2, pijaństwo i obarczenie dziedziczne — u 2, pijaństwo i przymiot u 9.

Wreszcie u 33 chorych (31, 13%) w wywiadach żadnych momentów przyczynowych wykryć nie było można.

Wśród naszych paralitykow uderza wysoka cyfra pijaków,

przewyższająca nawet cyfrę syfilityków; być może, że część przypadków, rozpoznanych jako porażenie postępujące, zaliczyć by należało raczej do kategorji pseudo paralysis progressiva alcoholica, nie mniej jednak nie da się zaprzeczyć wybitny udział pijactwa w powstawaniu porażenia postępującego. Oprócz tego zasługuje na zaznaczenie fakt, że wśród naszych paralityków mamy 18 przypadków obarczenia pijackiego, a mianowicie: 15 chorych (14 mężczyzn, 1 kobieta) miało ojców pijaków, 2 chorych (1 mężczyzna, 1 kobieta)—oboje rodziców pijaków, wreszcie dziadka pijaka miała jedna chora z Tabo-paralysis, u której wywiady żadnego innego momentu chorobowego nie zawierają.

Ciekawym jest również fakt, że z pośród wyżej wspomnianych 17 paralityków z obarczeniem pijackiem mamy 10 notorycznych alkoholików. Możnaby więc przypuszczać, że obarczenie pijackie odgrywa w etjologii porażenia postępującego rolę równoznaczną z obarczeniem ściśle psychopatycznem, gdyż jako wynik działania jadu wyskokowego na tkankę nerwową, wydaje na świat osobniki zwyrodniałe, skłonne w wysokim stopniu do nadużywania alkoholu i ulegające łatwo porażeniu postępującemu.

Dodać należy, że tylko u 2 chorych z tej grupy pijacko-obarczonych paralityków wywiady wykazują, obok pijaństwa, przymiot, odgrywa więc on tutaj całkiem znikomą rolę. Jeżelibyśmy zatem, do grupy obarczonych dziedzicznie w ścisłem znaczeniu tego wyrazu dołączyli 18 paralityków (17+1), obarczonych pijacko, to mielibyśmy 31 chorych tej kategorji, co stanowi 29, 24% dziedzicznie obarczonych wśród naszych paralityków, wyłącznie zaś dziedzicznie obarczoyuch mielibyśmy 22 chorych (20, 75%).

Co się tyczy wpływu porażenia postępującego, ewent. przymiotu na kobiety zamężne, mamy dane następujące: na całą liczbę 95 paralityków znajdujemy zaledwie w 8 przypadkach poronienia u żon—w jednym przypadku w wywiadach paralityka-pijaka zaznaczono 5 dzieci, zmarłych na „konwulsje". Na 11 paralityczek w 4 przypadkach zanotowano poronienia. Liczby te dowodzą, jak niepewnym argumentem są poronienia, albo brak ich w wywiadach paralityków. Wielka zaś rzadkość przypadków porażenia postępującego par małżeńskich, obok stosunkowo znacznie częstszych przypadków poronień u żon paralityków, dowodziłaby, że dla wywołania porażenia postępującego samo zarażenie przymiotem nie wystarcza,

Na tem miejscu pozwolę sobie przytoczyć dość charakterystyczny przypadek porażenia postępującego z poronieniami u żony chorego w wywiadach:

Such..... L., lat 42, mechanik, katolik, przyjęty do Kochanówki 3 maja 1903 r. Dziedzicznie nie obarczony. Zarażenie przymiotem przed 14 laty!, w 2 lata później ożenienie. Przed ożenieniem wziął 30 injekcji. Dzieci 7-ro:

Pierwsze—poronione w 8 miesiącu;

Drugie—przyszło na świat w czasie właściwym, zmarło w 3-im tygodniu życia, z powodu krwotoku pępkowego;

Trzecie—niedonoszone, zmarło w 3 dni po urodzeniu;

Czwarte—przyszło na świat z wysypką, zmarło w 3 dni po urodzeniu;

Piąte—niedonoszone, zmarło zaraz po urodzeniu;

Szóste—żyje, w czasie przyjęcia chorego do szpitala miało 5 lat, jest dobrze rozwinięte, ale „skrofuliczne";

Siódme—poronione w 8 miesiącu.

Następnie w ciągu 4 lat przed przyjęciem do szpitala dzieci nie było.

Chory został wypisany z Kochanówki 26 czerwca 1903 r. bez zmiany.

Z grupy paralityków z obarczeniem dziedzicznem zasługuje na uwagę przypadek następujący:

G. J., inżynier okrętowy, uczestnik bitwy pod Cuszimą, wzięty do niewoli japońskiej i tam już wykazujący początki choroby umysłowej.

Przyjęty do Kochanówki 25 kwietnia 1907 r. dotyczas w niej pozostaje.

Wywiady: Dziadek ze strony macierzystej—przymiot.
Matka—ataki epileptyczne.
Jeden brat—wiąd rdzenia.
Drugi brat—psychoza depresyjna.
(Nasz chory—porażenie postępujące).
Przymiot, pijaństwo, uraz u chorego wyłączone.

Jeżeli wolno wogóle czynić jakiekolwiek uogólnienia na zasadzie tak małych cyfr, jak nasze, moglibyśmy wyrazić następujące przypuszczenia:

1-o przymiot odgrywa w etjologii porażenia postępującego rolę nie ważniejszą, niż inne czynniki chorobotwórcze, jak pijaństwo, uraz etc.

2-o dla powstawania porażenia postępującego par małżeńskich nie wystarcza samo tylko zarażenie przymiotem.

3-o wpływ obarczenia dziedzicznego układu nerwowego (w szerokiem znaczeniu) na powstawanie porażenia postępującego, nie ulega wątpliwości.

4-o nie mamy prawa posądzać o przebyty przymiot każdego, kto zapadł na porażenie postępujące.

5-o tylko dokładne badania chemiczne i bakterjologiczne obok klinicznych i anatomicznych, mogą posunąć naprzód naukę o powstawaniu porażenia postępującego i dać klucz do rozwiązania sprawy leczenia tej choroby.

6-o Walka z szerzeniem się porażenia postępującego jest możliwą jedynie przez zwalczanie przymiotu, alkoholizmu oraz zapobieganie dziedziczeniu chorób umysłowych.

O leczeniu wrzodu okrągłego żołądka.

Napisał **Dr. Bronisław Handelsman**
Ordynator szpitala S-go Aleksandra w Łodzi.

Bardzo długo stosowano metodę Leubego w całkowitości lub nieznacznemi zmianami: np. Ewald zamiast czystego mleka zalecał gotowane w mleku przetwory mączne, Fleiner — galaretę mięsną.

Riegel rozpoczyna kurację kilkodniowym wyłącznym odżywianiem przez odbytnicę i to nie tylko przy zastarzałych, ale i przy świeżych wrzodach. Przy świeżych właśnie leczenie takie daje bardzo pomyślne wyniki. Wymioty i bóle znikają natychmiast przy bezwzględnym oszczędzaniu, a zagojenia wrzodu można się spodziewać prędzej, aniżeli w zastarzałych. Chorzy, w przeciągu 6 — 8, a nawet więcej dni, otrzymują po 2 — 4 lawatywy odżywcze i pozostają w łóżku. Co się tyczy dalszego leczenia, to Riegel postępuje według wskazówek Leubego, z tą jedynie modyfikacją, że daje w ciągu doby 60 gram. 20% roztworu cukru gronowego. Autor ten, opierając się na badaniach Straussa uważa cukier za odpowiedni środek odżywczy, ponieważ wydzielanie soku żołądkowego, po jego wprowadzeniu, jest daleko mniejsze niż przy spożyciu próbnego śniadania lub nierozpuszczonych substancji krochmalowych. Przy sprawach fermentacyjnych wszakże cukier jest przeciwwskazany.

Fleiner w r. 18·3 zaproponował stosowanie dużych dawek bismutu, który jednak uważa tylko za środek pomocniczy, główne zaś znaczenie przypisuje djecie i spokojowi. Chory musi przez czas dłuższy pozostać w łóżku. Opierając się na spostrzeżeniu, że najlepiej się kurczy próżny żołądek, zalecamy, by chory — zwłaszcza po krwotoku — przez kilka dni się głodził, o ile na to pozwala stan ogólny sił i odżywiania. Płynów dostarcza się przez wlewanie wody do jelity grubego. Głód zaspakaja się lawatywami odżywczemi. Pierwszego dnia wystarczają 3 lawatywy z 250 — 300 grm. letniej wody. U bardzo osłabionych do lawatywy dodaje się 1 — 2 rozbite jajka szczyptę soli, mleko i cukier gronowy, ale w takim razie trzeba przynajmniej raz dziennie stosować lawatywę odżywiającą. Przy leczeniu należy starannie kontrolować, czy żołądek jest skurczony; przy najmniejszym wzdęciu lód na dołek. Po upływie kilku dni, jeżeli przypuszczamy, że brzegi wrzodu w najgłębszej warstwie skleiły się, poczynamy chorego żywić przez usta. Im dłużej z tym czekać można, tym lepiej. Własność tętna i podmiotowe uczucie wskazują, kiedy trzeba przystąpić do karmienia przez usta. Wtedy rozpoczynamy od ścisłej djety mlecznej po 250 ctm.^{3} co 2—3 godziny. Dopiero po 5—7 tygodniach kuracji powiększamy dawki. Jeżeli się zjawia potrzeba forsowniejszego odżywiania, to podnosimy wartość odżywczą poszczególnych porcji, dodając do mleka przetwory mączne, 1 — 2 żółtka, śmietankę. Gdy próby te zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem, to po naturalnym przepłukaniu żołądka (przez wypicie na czczo 100 — 150 grm. Vichy) chory przyjmuje 3 razy dziennie kleiki, a w odstępach mleko lub galaretę mięsną, którą można zastąpić mleko u chorych, nie znoszących tego płynu. Mięso białe w 5 tygodniu, a białe w 7. Właściwym też

będzie pić na czczo, przed obiadem i przed kolacją po 100 grm. Vichy. Pomiędzy 4 a 6 tygodniem chory może wstawać i wykonywać małe przechadzki, ale po jedzeniu, a szczególnie po większych posiłkach winien leżeć; w ten sposób musi zachowywać się w przeciągu wielu miesięcy. Należy także chorym zapowiedzieć, aby nawet po ukończeniu kuracji unikali drażniących pokarmów.

Fleiner utrzymuje, że jeżeli pozwolimy choremu żołądkowi w opisany lub podobny doń sposób odpocząć, i jeżeli będziemy przy zewnętrznych przyjaznych warunkach możliwie małą zadawać żołądkowi pracę, to znikną wszystkie dolegliwości i wrzód się zabliźni, o ile przeprowadzamy leczenie z należytą konsekwencją. Przy właściwym wyborze i dozowaniu pokarmów oraz przy powolnym powiększaniu porcji poszczególnych chorzy mogą powetować poniesione w początku straty i pod koniec leczenia nabierają sił i dobrego wyglądu.

Niektóre przypadki przy takim postępowaniu wcale się nie leczą lub tylko niezupełnie; po pewnym czasie zawsze zjawiają się dawne dolegliwości. Wtedy chętnie mówimy o nawrocie, o wytworzeniu nowych wrzodów, zwłaszcza jeżeli przyłącza się krwotok. W większości jednakże przypadków tego rodzaju mamy do czynienia ze starym wrzodem, który posunął się głębiej i osięgnął warstwy, leżące bliżej błony surowiczej i zawierające większe naczynia krwionośne.

Przyczynę niezabliźnienia przedewszystkiem trzeba upatrywać w tym, że kuracja była przeprowadzona zbyt krótko lub niedokładnie. Następnie zagojeniu przeszkadza opuszczenie i zwiotczenie żołądka, połykanie powietrza, zgrubienie i bliznowatość dna wrzodu oraz sztywność jego brzegów, które w takim razie nie mogą się zbliżyć nawet w próżnym żołądku. Na pozbawionym kurczliwości wrzodzie często zalegają resztki nawet bardzo delikatnych pokarmów, które go drażnią i wywołują bóle i zgagę. Wówczas zjawia się potrzeba objawowego leczenia—usunięcia zaległości, co osiągamy przez naturalne przepłukiwanie żołądka t. j. przez picie alkalicznych, ubogich w kwas węglany wód mineralnych naturalnych (Szczawnica, Vichy, Karlsbad) lub sztucznych, albo przez przepłukiwanie za pomocą zgłębnika. To drugie jest skuteczniejsze. Rozumie się, że zgłębnik można stosować — i to z wielką ostrożnością — tylko tam, gdzie niema skłonności do krwotoku, lub w tych przypadkach, gdzie od krwotoku upłynęły przynajmniej 2 — 3 miesiące. Ponieważ nie wolno rozciągać żołądka, przeto naraz wlewamy tylko 250 — 300 grm., przyczym lejek trzymamy na wysokości głowy. Po wymyciu żołądka nadarza się b. dobra sposobność bezpośredniego podziałania lekiem na chorą śluzówkę i na wrzód, lekiem, kojącym ból, obniżającym nadkwasność i sprzyjającym tworzeniu się ziarniny. Zabezpieczenie chorego miejsca od podrażnienia, od zetknięcia ze żrącym sokiem żołądkowym i pokarmami, unieruchomienie jego i wykluczenie na dowolnie długi okres od trawienia, wpłynęłoby na usunięcie dolegliwości i na zabliźnienie. Kussmaul wpadł na myśl, aby do czczego żołądka wprowadzać za pomocą zgłębnika duże dawki bismutu. Fleiner poszedł w jego ślady i po uprzednim przepłukaniu żołądka wlewa magisterium bismuti (10 — 15 — 20 grm. na 150 — 200 grm. letniej wody). Opróż-

niwszy lejek i zgłębnik, powoli go wyciąga, zaleca pacjentowi pozycję, odpowiadającą położeniu wrzodu (na prawym boku przy wrzodzie w okolicy odźwiernika, na grzbiecie przy wrzodzie na małej krzywiźnie lub na tylnej ścianie); w pozycji tej chory przebywa przez pół godziny, poczem spożywa sniadanie. Spostrzeżenia wykazały, że bismut pozostaje w żołądku dzień, a nawet i dwa, faktem tym objaśnia się dłużej trwające działanie rzeczonego leku. W przypadkach, gdzie zgłębnik jest przeciwskazany albo nie może być stosowany (u chorych ambulatoryjnych), chory naczczo pije 150 grm. wody alkalicznej albo alkalicznosłonej, a w $^3/_4$—1 godz. później zażywa 10 — 20 grm. bismutu w szklance gorącej wody. Fleiner zaleca także bismut przy przejściu od djety płynnej do papkowatej lub od papkowatej do stałej oraz przy bólach i fermentacjach. W razie zaparcia, spowodowanego tym środkiem, daje się lawatywę z wody lub oliwy.

Zasada oszczędzania żołądka, pociągająca za sobą początkowe głodzenie względnie niedostateczne odżywianie, długi czas panowała niepodzielnie w medycynie. Dopiero Lenhartz i Fütterer na kongresie wewnętrznej medycyny w r. 1902 wystąpili w obronie pożywienia bogatego w białko. Wychodząc z założenia, że główną przyczynę powstawania oraz istnienia wrzodu żołądka należy upatrywać w niedokrwistości i jej następstwach i w nadkwasności, starali się usunąć te szkodliwe czynniki przez częstsze i obfitsze dostarczanie białkowych pokarmów, obniżających kwaśność. Lenhartz twierdzi, że niedokrwistość i nadkwasność potęgują się przy djecie Leubego i że płynne przeważnie pożywienie wywołuje przeciążenie i rozdęcie żołądka, które, jak wiadomo, utrudnia zbliżenie się brzegów wrzodu. Dlatego też wszystkim pacjentom, szczególnie po krwotoku, daje skoncentrowane bogate w białko pokarmy, których ilość szybko powiększa, także po 2 tygodniach chory otrzymuje do 3000 ciepłostek. Pierwszego już dnia, względnie bezpośrednio po krwotoku, daje on 1 — 2 — 3 surowe jajka, rozbite w małej ilości wina, i do tego tego 200 — 300 grm. mleka. Ilość tych pokarmów powiększa codziennie także po 8 dniach chorzy spożywają litr mleka, 8 jaj i 50 grm. cukru; 6 dnia kuracji zaczynają dostawać jeszcze skrobane mięso, a mianowicie 35 grm. od 7 dnia do końca 2 tygodnia po 70 grm., 7 i 8 dnia dodaje się po 100 grm. ryżu z mlekiem, którego ilość się powiększa 9 i 10 dnia do 200 grm., 11 — 13 do 300 grm., 14 — 400 grm.; 8 dnia przybywa 1 sucharek, 9 i 10 po 2, 11 i 12 dnia po 3, 13 — 4 i 14 — 5 sucharków. Od 10 dnia do 14 po 50 grm. surowej szynki; 10 dnia — 20 grm., 11 — 14 po 40 grm. masła. Lenhartz i jego zwolennicy zachwalają to postępowanie przedewszystkim z tego powodu, że usuwa ono skłonność do krwotoków, wiąże nadmiar kwasu i przyśpiesza wyleczenie, prędzej przywracając siły, aniżeli djeta oszczędzająca.

Wagner, opierając się na 60 przypadkach wrzodów z krwotokami, na oddziale Lenhartza leczonych tą metodą, uważa ją za bardzo dobrą. Kaufmann wszakże wyraził się, że wyniki, otrzymane przez Wagnera, z pewnością nie są lepsze od tych, które otrzymuje przy stosowaniu metody Leubego, i nie przypuszcza, by wielu lekarzy odważyło się na naśladowanie Lenhartza przy świeżych krwotokach. On sądzi,

że przy nie krwiawiących wrzodach forsowniejsze odżywianie jest na miejscu. Ewald w sposób szorstki odrzuca metodę Lenhartza, twierdząc, że dotknięci wrzodem, po usunięciu bólów, ustępujących dzięki leczeniu i ścisłej djecie, bardzo szybko odzyskują siły, co Lenhartz niesłusznie czyni zależnym od forsowniejszego odżywiania. Strauss także sądzi, że bez metody Lenhartza można przy rozsądnym wyborze pozywienia osiągnąć przyrost wagi.

Wirsing, chcąc przekonać się o wyższości metody Lenhartza nad metodą Leubego, przeprowadził w szpitalu spostrzenia, a mianowicie 320 chorych leczył sposobem Leubego, a 42 metodą Lenhartza. W pierwszej grupie odsetka wyzdrowienia wynosiła 73, 43, a w drugiej 71. Dochodzi on do wniosku, że metoda Lenhartza daje lepsze trwałe wyniki przy krwawiących wrzodach, gdy tymczasem sposób Leubego jest skuteczniejszy przy niekrwiawiących.

Wniosek ten, brzmiący paradoksalnie, Wirsing objaśnia w sposób następujący: wymagania, które stawia djeta Lenhartza pracy trawiennej żołądka są wprawdzie większe, niż przy metodzie Leubego, mechaniczne i chemiczne drażnienie jest silniejsze i dlatego też fizykalne warunki zabliźnienia się wrzodu są niekorzystniejsze. Przy niekrwawiących wrzodach krzywda, wyrządzona przez początkowe niedostateczne odżywianie, zaciera się prędszym wyleczeniem wrzodu, dzięki czemu skutki jego prędzej zostają powetowane. Uszczerbek, wskutek przemijającego niedostatecznego odżywiania, o ile nie idzie o chorych, osłabionych ustratą krwi, nie jest tak znaczny. Rzecz inna, jeżeli mamy do czynienia z poprzedzającemi krwotokami. Tutaj stan ogólny wykrwawionego osobnika stanowi przeszkodę przy zagojeniu. Nieco silniejsze mechaniczne podrażnienie wrzodu, wobec korzyści, wynikających z prędszego usunięcia niedokrwistości, ustępuje na plan drugi. Zmniejszenie się liczby następczych krwotoków, spostrzegane tak przez Wirsinga, jakoteż przez Wagnera, wykazuje, że, bogate w białko, pożywienie, o ile dostarcza się ono w małej ilości — bez większego rozciągania żołądka — nie przedstawia niebezpieczeństwa dla świeżego krwawiącego wrzodu.

Wspomnieć teraz trzeba o propozycji Senatora. Pragnie on połączyć zalety obydwu sposobów i wykluczyć szkodliwe czynniki, podając pokarmy, które są dostatecznie pożywne, nie obciążają przytym objętością i wagą, a jednocześnie wiążą kwas i zwalczają skłonności do krwotoków. Zdaniem jego, najlepiej da się to uskutecznić zapomocą kombinacji glutyny (kleju, żelatyny), tłuszczu i cukru, oraz małej ilości białka. Kleju można dostarczyć w postaci nóżek cielęcych lub galarety kurzej, ewentualnie odwaru (detoctum) żelatyny. Jako tłuszcz stosuje, oprócz śmietanki, mleko migdałowe i mrożone kulki masła. Żelatyna tamuje w żołądku krwawienie i oszczędza białko.

Schmidt, porównywując metody Leube-Ziemssena, Lenhartza i Senatora, powiada, że są one wszystkie uzasadnione, ale nie w każdym wypadku daje się w jednej djecie połączyć zasadę oszczędzania z zasadą nasycania kwasu, forsownego żywienia i tamowania krwotoku. Lekarze ci utrzymują, że ich metody w praktyce dają dobre wyniki Schmidt wyraża się, że leczenie wrzodu nie zawsze zostaje uwieńczone

pomyślnym skutkiem, a któżby jednak chciał djetę czynić za to odpowiedzialną.

Schmidt osobiście uznaję za słuszną zasadę Lenhartza — unikanie niedostatecznego odżywiania, ale nie może stłumić obawy przy stosowaniu jej w świeżych krwotokach. Nie sądzi także, by można było zwalczać nadkwaśność dużemi dawkami białka; przy wyższych jej stopniach przekłada bogate w wodany węgla pokarmy. Co się tyczy propozycji Senatora, to niewątpliwie należy z wielkim zadowoleniem powitać zalecone przezeń klej, mleko migdałowe i mrożone masło, jako wzbogacenie djety, ale nie można twierdzić, że rozpuszczona sokiem żołądkowym żelatyna tamuje krwawienie.

Główna zasługa propozycji Lenhartza i Schmidta polega na tym, iż odzwyczajają od zbyt schematycznego stosowania jadłospisu Leubego i wskazują na ważne znaczenie tego, co już Cruveilhier uważał za rzecz bardzo doniosłą i konieczną — na indywidualizowanie chorego. Pozostać zatym winniśmy przy zasadzie oszczędzania, ale tam, gdzie jest możliwe, a zwłaszcza tam, gdzie tego wymaga stan ogólny, urozmaicajmy pożywienie wcześniej, niż przepisuje Leube, dodając jajko, żelatynę, masło, śmietankę, mleko migdałowe, cukier. Z mięsem skrobanym i szynką bądźmy jednak ostrożni, ponieważ surowa tkanka łączna stawia zdolności trawiennej żołądka bardzo wielkie wymagania.

Z powyższego widać, że wszyscy wybitniejsi lekarze spokój uważają za niezbędny. Chory winien przez 3 — 4 tygodnie leżeć w łóżku, nie podnosząc się nawet dla oddania kału i moczu (słusznym jest wyrzeczenie Hippocratesa „ne ambulet“), mieć na dołku okład prysznicowski lub kataplazm z lnianego siemienia ewentualnie termofor. Co się tyczy djety, to w przypadkach, gdzie mamy krwotok lub gdzie można go się spodziewać, a także w przypadkach, którym towarzyszą silne bóle albo wymioty, należy bezwarunkowo wstrzymywać się od przyjmowania pokarmów i ograniczyć się do lawatyw odżywczych. W innych przypadkach, szczególnie u osobników osłabionych, trzeba stosować forsowne odżywianie. Rozumie się, że na pierwszym planie winno znajdować się mleko. Wszakże wobec tego, że wszelkie płyny pobudzają perystaltykę proporcjonalnie do masy, a przyjęte w wielkiej ilości powodują szarpanie brzegów i dna wrzodu, należy stosować wogóle, a zwłaszcza w początku kuracji małe dawki, a mianowicie chory z początku dostaje mleka co pół godziny łyżkę stołową, następnie co pół godz. 2 łyżki, a później małą filiżankę. Stara zasada dostarczania 2 i więcej litrów ustąpiły miejsca nowemu poglądowi, że w tym okresie, kiedy chory znosi pół litra mleka, dodajemy doń śmietankę (1 cz. na 2 cz. mleka) i 1 — 8 jajek dziennie. Tym sposobem powiększamy wartość odżywczą pożywienia, nie bardzo powiększając jego objętość. Jednak ze względu na istniejącą nadkwaśność, słuszną będzie rzeczą dawać pokarmy, obniżające kwasność soku żołądkowego i posiadające jednocześnie wysoką zawartość ciepłostek, mianowicie tłuszcz i roztwory cukru. Tłuszcz, który, jak wykazały na psach doświadczenia Pawłowa, u człowieka także hamuje zdolność wydzielniczą żołądka, zostaje dobrze wykorzystany przez ludzi z nadkwaśnością i w dodatku nie rzadko usuwa zaparcie, zdarzające się często u ta-

kich chorych. Z tego też powodu śmietanka i masło powinny zajmować b. poważne stanowisko w jadłospisie naszych chorych: ze śmietanki i cukru trzeba korzystać, dodając je do herbaty, kakao, zup mlecznych i jajek. Oprócz tego można zalecać wychwalaną przez Senatora żelatynę. W razie, jeżeli chory nie znosi mleka, niech je pije z herbatą, kakao, wodą wapienną. Gdyby i to nie pomagało, to musimy się zwrócić do zup mącznych z obfitym dodatkiem masła, do żelatyny i żółtek od jajek. Po upływie 1 — 2 tygodni, o ile pacjent znosi te pokarmy. przechodzimy do djety, jaką Leube zaleca w 3 tygodniu.

Wyłuszczywszy zasady leczenia wrzodu, nadmienić muszę, że zalecamy bezwględne unieruchomienie żołądka i lód dopóty, dopóki ślady krwi znajdują się w wypróżnieniu. Strauss cały szereg pacjentów przez 8 — 14 dni odżywiał wyłącznie lawatywami, otrzymując przytym świetne wyniki. Rzecz jasna, że chorzy nie zyskują na wadze, a często tracą jeszcze. Swoją drogą utratę wagi uważam za rzecz mniej szkodliwą, aniżeli krwotok. Wiadomo bowiem, że b. nieznaczna część pokarmów nawet płynnych wchłania się w żołądku, tak że główna część ich zostaje do dwunastnicy posunięta dzięki ruchom mięśni żołądkowych, przyczym wrzód rozciąga i drażni się mechanicznie; co z pewnością utrudnia zabliźnienie. Zresztą w pierwszych dniach po krwotoku w jelitach znajduje się w postaci krwi duża ilość materjału odżywczego wchłanianego przez nie.

Upadkowi sił można do pewnego stopnia zapobiec, stosując podskórne wlewania fizjologicznego roztworu soli, lawatywy odżywcze. Co do ich wartości spierano się dużo i nie da się zaprzeczyć, że odżywianie przez odbytnicę nie wystarcza. Nie wolno jednak zapomnieć, że stanowią one jedyną formę odżywiania, przedstawiającą najmniejsze niebezpieczeństwo dla życia, i że dzięki im oprócz 100—200 kalorji (ciepłostek) dostarczamy ustrojowi jeszcze wodę, dobrze wchłanianą przez jelita. A przecie ze spostrzeżeń na głodomorach wiadomo, że ludzie obywają się łatwiej bez pokarmów, aniżeli bez wody. We wlewaniach płynów do kiszek, upatrują też główną korzyść odżywiania per rectum. Co się tyczy składu lawatywy, to najwłaściwiej brać mleko i jajka. Nadmienić muszę, że dopóki w wypróżnieniu daje się widzieć gołym okiem krew, dodawać trzeba 10 — 20 grm. białej żelatyny. Po zniknięciu krwi, bierzemy 1 — 2 łyżek stołowych cukru, śmietankę i pankreon (Leube stwierdził, że substancja trzustkowa ułatwia wchłanianie tłuszczu w kiszce). Słusznym będzie z początku dodawać małe dawki makowca i kodeiny, ponieważ one nie tylko, że ułatwiają zatrzymanie lawatywy i zmniejszają pragnienie, ale sprowadzając słabą, trwałą narkozę, stanowią jeden z najlepszych środków, tamujących krwotok. Dlatego też podskórne wstrzykiwanie morfiny, a jeszcze lepiej atropiny, bezpośrednio po krwotoku jest b. pożyteczne. Stosowanie atropiny tym bardziej jest wskazane, że ona oprócz wywołania lekkiej narkozy obniża wydzielanie kwasu solnego, koi bóle i znosi spazmatyczne skurcze gładkich mięśni, zależne od działanie kwaśnego soku żołądkowego na wrzód. Słusznie zatym Tabora w № 38 Münch. Med. Wochenschrift z r. b. zaleca we wszyst-

kich przypadkach, a nie tylko przy krwotoku, stosowanie atropiny, ponieważ ona, zmniejszając kwaśność, stwarza lepsze warunki dla zagojenia wrzodu, a usuwając skurcz odźwiernika, zapobiega zaleganiu pokarmów w żołądku. Autor ten w przeciągu 4 — 10 tygodni wstrzykuje rano i wieczorem po 1 mg. atropiny i to bez najmniejszej szkody dla ustroju.

Ze środków hemostatycznych można stosować podskórne wstrzykiwania roztworu żelatyny.

Smutne następstwa krwotoków nasuwały myśl, czy nie było by można uleczyć chorego przy pomocy operacji. Istotnie przekonano się, że zabieg chirurgiczny zostaje uwieńczony pomyślnym rezultatem, ale tylko przy często powtarzających się krwotokach średniego natężenia, przy obfitszych jednorazowych, pozostaje bez skutku, a nawet może choremu wyrządzić krzywdę.

Wkroczywszy w dziedzinę chirurgji uważam za właściwe podanie wskazań do operacji: 1) bliznowate zwężenie odźwiernika i zależne odeń stany, jako rozstrzeń żołądka, niedomoga ruchowa, kurcz odźwiernika; 2) nieprawidłowe położenie i zaburzenia ruchowe żołądka, zależne od blizn i zrostów z narządami sąsiedniemi; 3) umiejscowienie wrzodu w okolicy odźwiernika (w celu zapobieżenia zwężeniu, spowodowanem przez bliznę); 4) wspomniane wyżej krwotoki i 5) przedziurawienie. Co się tyczy pierwszego wskazania, to nawet przy rozstrzeni, zależnej od miernego zwężenia odźwiernika, należy operować, jeżeli przepłukiwanie żołądka, ograniczenie dostarczanych przez usta płynów i wlewanie wody do kiszek nie pomaga, co się wyraża spadkiem wagi ciała i zmniejszeniem ilości moczu. Przy przedziurawieniu trzeba się spieszyć z operacją, gdyż szanse wyzdrowienia są daleko lepsze w ciągu 1 względnie 2 doby, aniżeli przy później wykonanej.

Z powodu wrzodu wykonano następujące zabiegi: gastrolysis, resekcję i wycięcie chorego miejsca, pyloroplastykę i gastroenterostomję. Uważając, że rozpatrzenie poszczególnych zabiegów przekracza zakres mego odczytu, nadmienić jednak muszę, że najwłaściwszą jest gastroenterostomia, ponieważ trwa krótko (20 — 25 minut), daje najlepsze wyniki, stwarzając b. korzystne warunki dla zabliźnienia wrzodu, dzięki wykluczeniu chorego miejsca od trawienia.

Opisawszy leczenie wrzodu żołądka, chcę jeszcze wyjaśnić sposób działania bismutu oraz wód mineralnych karlsbadzkiej i alkalicznych. Kojące działanie bismutu zależy od następujących czynników: 1) on mechanicznie zabezpiecza zakończenia nerwów czuciowych od żrącego soku żołądkowego oraz innych insultów; 2) obniża, względnie znosi pobudliwość nerwów ruchowych i wydzielniczych; 3) znosi lub przynajmniej ogranicza fermentację wodanów węgla w żołądku i 4) sprzyja wytwarzaniu się ziarniny. Ujemną stronę tego leku stanowi zaparcie, które jednak można usunąć lawatywą z wody lub oliwy. Magisterium bismuti wszakże trzeba zapisywać recente ablutum, a to celem usunięcia zanieczyszczenia arszenikiem lub ołowiem.

Co się tyczy wód mineralnych, to alkaliczne, obniżając kwaśność soku żołądkowego, zmniejszają podrażnienie chorego miejsca. Działanie zaś wody względnie soli karlsbadzkiej dotychczas jeszcze nie jest

dostatecznie wyjaśnione. Empirja stwierdziła skuteczność źródła karlsbadzkiego, ale objaśnienie dobryczynnego wpływu napotyka trudności. Ziemssen główną rolę przypisuje soli glauberskiej, regulującej wypróżnienie. Leube także upatruje najważniejszy czynnik w usuwaniu zawartości z żołądka, a za drugorzędne czynniki uważa potęgujący trawienie wpływ soli kuchennej i rozpuszczające śluz oraz obniżajęce kwasność soku żołądkowego działanie węglanu sodu. Jaworski stwierdził, że większe i średnie dawki wody bądź też soli karlsbadzkiej, przez dłuższy czas używane, zmniejszają kwaśność soku żołądkowego. Co się zaś tyczy sprawności mechanicznej, to Spitzer wykazał, że w większości wypadków ona się wzmaga.

Wobec tego zbawiennego wpływu soli względnie wody karlsbadzkiej nasuwa się pytanie, czy nie byłoby odpowiednim chorych takich posyłać do Karlsbadu. Otóż na pytanie to musimy odpowiedzieć przecząco, ponieważ pobyt w tej miejscowości czyni zadość jednemu tylko wskazaniu, a w dodatku drugorzędnemu. Słusznie przeto Fleiner powiada, że wody alkaliczno-słone można mieć wszędzie, ale trudno w zdrojowisku zapewnić pacjentowi najważniejsze warunki zabliźnienia wrzodu, przeważnie spokój i odpowiednią djetę, tem bardziej, że chory powinien unikać wszelkich ruchów. Wszakże po ukończeniu kuracji dla nabrania sił może on pewien czas spędzić w spokojnej miejscowości w czystem powietrzu, ewentualnie korzystać z wód żelezistych.

Wydawcy: Dr. J. Michalski i Dr. H. Trenkner. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Druk. S. Dębskiego w Łodzi, Długa 6.

Przegląd Lekarski

ORGAN URZĘDOWY

Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i Towarzystw Lekarzy Galicyjskich, Organ Związku Polskiego Lekarzy i Przyrodn. w Petersburgu, Towarzystw Lekarskich Polskich w Kijowie i Chicago

ORAZ

Czasopismo Lekarskie

Organ Towarzystw Lekarskich Prowincjonalnych Królestwa Polskiego.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

(Kraków, Wielopole 4).

Przedpłatę przyjmuje **w Krakowie** Administracja (Kraków, ul. Dunajewska 2) i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, **w Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 koron, kwartalnie 5 koron.—W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3.50 rb

TREŚĆ.
